

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 148

DU TRAITEMENT
DU
CANCER DU RECTUM
(CHOIX D'UNE MÉTHODE)
VOIE PÉRINÉALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Juillet 1924

PAR

Yovan DIMITRIYÉVITCH

Né à TÊTOVO (Serbie), le 15 AOUT 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		PRINCETEAU, professeur....	} <i>Juges.</i>
		ROCHER, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 148

DU TRAITEMENT
DU
CANCER DU RECTUM
(CHOIX D'UNE MÉTHODE)
VOIE PÉRINÉALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Juillet 1924

PAR

Yovan DIMITRIYÉVITCH

Né à TÉTOVO (Serbie), le 15 AOUT 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		PRINCETEAU, professeur....	Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSE.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des maladies exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expérimental.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CAHLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAU.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Chimie analytique.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIA.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage d'affection filiale.

A MON FRÈRE, IANITCHIYÉ DIMITRIYÉVITCH

*Docteur en médecine, ex-député,
Consul général du Royaume des Serbes, Croates et Slovènes
à Constantinople (Turquie).*

A MA BELLE-SŒUR — A MES NIÈCES

A TOUS LES MIENS

A MADemoiselle HÉLÈNE LASTE

A MES MEILLEURS CAMARADES ET AMIS
SIMA MOMIROVITCH ET MILORADE PAVLOVITCH

A LA FAMILLE MOMIROVITCH

Toute ma-reconnaissance.

A MES CAMARADES DE LA FACULTÉ

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Décoré de la Croix de guerre.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale,
Chirurgien titulaire de l'Hôpital Saint-André,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

DU TRAITEMENT

DU

CANCER DU RECTUM

(CHOIX D'UNE MÉTHODE)

VOIE PÉRINÉALE

INTRODUCTION

« Le malade est-il abandonné aux soins de la nature, il succombe nécessairement : la médecine opératoire lui vient-elle en aide, il court des chances de guérison. »

LISFRANC.

A l'heure actuelle, il n'y a qu'un traitement qui est de mise dans le cancer du rectum : c'est l'extirpation chirurgicale, à laquelle on doit quelques cas de guérisons définitives, et, bien souvent, une assez longue survie.

Car, tout cancer du rectum doit être extirpé quand il n'existe pas de contre-indications tirées de l'état général du malade, trop faible pour supporter l'intervention, de l'étendue des lésions, qui fait que le cancer a pris des adhérences avec le sacrum, la vessie ou a envahi le tissu cellulaire du petit bassin, enfin, de l'existence d'une généralisation.

Quant à la technique de l'intervention, elle sépare en ce moment deux groupes de chirurgiens

Pour les uns, Hartmann, Schwartz, Miles, il n'y a qu'une façon d'opérer : la voie combinée abdomino-périnéale, et ce, quel que soit le siège du néoplasme;

Pour les autres, Quénu, Savariaud, Duval, Guyot, Duvergey, il faut opérer, suivant les considérations cliniques, soit par la voie combinée, soit par la voie basse, périnéale seulement, pour tous les cancers dont on peut, sinon dépasser, tout au moins constater la limite supérieure par le toucher rectal poussé à fond.

C'est seulement de la voie périnéale que nous allons discuter dans notre travail; passer en revue toutes les méthodes opératoires eût été un travail de trop longue haleine. Nous nous bornerons donc à mettre en relief la vieille intervention dite par voie basse : celle qui a été préconisée par l'école française, mais en lui appliquant tous les perfectionnements que comporte la chirurgie moderne.

Par voie basse nous entendons :

- a) La méthode de Lisfranc avec les perfectionnements de Denonvilliers, Verneuil-Kocher (résection du coccyx);
- b) La voie para-sacrée de Quénu et Zuckerkandl;
- c) Le procédé de Cunéo (coccy-périnéal).

A l'appui de l'étude de ces différents procédés de voie basse, il nous a paru nécessaire de donner un petit aperçu historique; nous y joignons aussi quelques notions d'anatomo-pathologie, surtout en ce qui concerne les adénopathies.

Pour chaque méthode opératoire, nous passons en revue avantages et inconvénients. Les résultats opératoires sont mis en relief de façon à permettre de juger par un simple coup d'œil le procédé qui semble avoir le plus de valeur thérapeutique.

Il est bien entendu que ce travail n'est point une œuvre de critique, mais plutôt une vue d'ensemble, groupant en quelques pages les données les plus récentes sur les interventions par la voie périnéale dans l'extirpation des néoplasmes rectaux.

Maintenant, qu'il nous soit permis, au début de ce travail,

d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur agrégé Jeanneney, qui, à tout instant nous a prodigué ses conseils et nous a guidé dans l'accomplissement de notre thèse.

Nous adressons toute notre gratitude à M. le professeur Guyot, notre président de thèse, qui, durant nos études médicales, nous a inculqué le nécessaire chirurgical indispensable tant à son service à l'hôpital que durant ses cours à la Faculté, et qui a eu l'obligeance de nous fournir quelques observations personnelles à l'appui de notre thèse.

Nous tenons aussi particulièrement à remercier M. le professeur Chavannaz, qui nous a indiqué les directives de notre travail; nous n'oublierons pas ses cliniques si intéressantes et surtout pratiques pour notre exercice futur de la médecine.

Que MM. les professeurs Sigalas, Cassaët, Moussous, Abadie, Duvergey, Papin, Cruchet, Lagrange, Moure, Rivière, trouvent ici le sentiment de notre reconnaissance.

Parti loin de la Faculté de Bordeaux, en Serbie, nous nous efforcerons de les faire connaître, emportant en notre patrie les dernières données de la science médicale française qu'ils ont bien voulu nous dévoiler.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est avec Lisfranc que commence l'histoire du traitement chirurgical du cancer du rectum. Depuis lors, ont paru de nombreux travaux, les uns apportant certaines modifications à la méthode déjà créée, d'autres en inventant de nouvelles, de sorte qu'aujourd'hui il en existe un nombre considérable.

Lisfranc, en 1826, fit la première extirpation du rectum cancéreux par la voie périnéale. Il a créé ainsi la méthode qui porte son nom, qui, ultérieurement, devait s'imposer comme une méthode de choix. Il faisait deux incisions circonscrivant l'anus, qui se rejoignaient en avant et en arrière. Puis il disséquait l'intestin de bas en haut, jusqu'au-dessus de la tumeur. L'intestin abaissé, il le sectionnait au-dessus du néoplasme. Lorsque la tumeur remontait à une certaine hauteur, il fendait la paroi postérieure de l'intestin de façon à se rendre mieux compte de la zone envahie.

Cette nouvelle se répandit très vite, non seulement en France, mais aussi dans toute l'Europe.

Comme cette méthode, encore non perfectionnée, et à l'ère préantiseptique, avait donné lieu à des complications septiques, à l'incontinence et à des récidives, elle fut sévèrement jugée, tout particulièrement en France. Pourtant, à l'étranger, on lui conservait une certaine valeur.

Lisfranc, faisant allusion à ces critiques, disait : « Le malade est-il abandonné aux soins de la nature, il succombe nécessairement; la médecine opératoire lui vient-elle en aide, il court des chances de guérison. »

Plus tard, Denonvilliers modifie cette méthode en y ajoutant une incision libératoire postérieure, allant de la face postérieure de l'anüs à la base du coccyx. Il obtient ainsi un jour plus grand.

Nélaton, en 1831, extirpe le cancer du rectum par la voie vaginale sur le cadavre d'une malade qu'il devait opérer, mais qui mourut subitement la veille de l'opération. Ce n'est qu'en 1890, que ce procédé fut exécuté sur le vivant par Desguins (d'Anvers).

Enfin, Verneuil, en 1873, pour augmenter le jour donné par l'incision postérieure de Denonvilliers, pratique la résection du coccyx; mais c'est Kocher qui érige cette idée en méthode, à laquelle on donne son nom.

Il nous semble que nous devons nous arrêter un instant sur cette date historique. Cette méthode encore, d'abord le rectum sur toute sa hauteur, fut pratiquée la première fois en France par Verneuil (Th. Raymond, Paris, 1869-70) qui, dans sa communication à la Société de chirurgie, en 1873, conclut :

« J'ai appliqué la résection du coccyx chez l'adulte pour une volumineuse tumeur du rectum; la dissection profonde fut singulièrement facilitée. »

Malgré tous ces perfectionnements apportés, la méthode périnéale ne fut que très rarement employée.

Au Congrès international de Copenhague, en 1884, les chirurgiens se partagèrent en deux camps, dont les uns, les Français et les Anglais, adoptèrent le traitement palliatif du cancer du rectum, tandis que les Allemands préconisèrent l'ablation.

La même année, Maurice Pollosson, à la Société de médecine de Lyon, propose la création d'un anus artificiel comme temps préliminaire, afin que le segment intestinal soit enlevé dans de meilleures conditions aseptiques.

Après ces incertitudes, le monde chirurgical fut subitement bouleversé par l'apparition d'une nouvelle méthode opératoire.

C'est Kraske, en 1885, au Congrès de la Société allemande de chirurgie qui proposa un nouveau procédé en réséquant une portion considérable du sacrum, s'adressant aux cancers ampullaires, et promettant le rétablissement idéal de la continuité du tractus digestif. Cette nouvelle a eu un très grand retentissement et a suscité un grand nombre de travaux. Mais bientôt on s'aperçut qu'elle ne remplissait pas les promesses données, ce que Morestin, dans sa thèse (1903-04) exprimait ainsi : « Le pronostic immédiat de l'opération de Kraske est fort grave, et jusqu'à présent elle n'a pas donné, au point de vue des suites opératoires, les résultats sur lesquels on avait cru pouvoir compter. »

Dès lors, la méthode de Kraske commence à perdre ses partisans; les chirurgiens français retournent à la méthode périnéale en lui apportant de nombreuses modifications.

Pour remédier à l'inconvénient de l'anus artificiel, qui facilite l'incontinence, les chirurgiens se préoccupèrent de conserver le sphincter, lorsque celui-ci était indemne.

C'est ainsi que Terrier, en 1888, pratique une incision anococcygienne; puis, après avoir enlevé la tumeur, il suture les deux bouts de l'intestin et reconstitue le sphincter.

Puis, Zuckerkandl et Wöfler, en 1899, et Quénu, en 1890, pour éviter les délabrements osseux, attaquent la tumeur par la voie para-sacrée, en faisant une incision le long du sacrum.

Perron, de Bordeaux, en 1900, fait la suture idéale en cas de résection de l'intestin, en retournant en doigt de gant le bout inférieur; puis il invagine le bout supérieur dans le cylindre inférieur, et, après avoir fait la suture en dehors de l'anus, il réduit le prolapsus.

Ensuite Villar, de Bordeaux, pour éviter le rétrécissement au niveau de la suture, propose le mode de suture suivant : d'abord il fend les parois antérieure et postérieure de l'intestin. Il coupe aux ciseaux les angles de ces quatre lambeaux, puis il fait la suture. Il obtient ainsi l'élargissement de l'intestin au niveau de la suture.

Enfin, Hochenegg conseille, dans les cancers ampullaires, après la résection de la tumeur, d'abaisser au moyen des pinces le bout supérieur à travers l'anus dilaté et de le suturer à la peau de la marge de l'anus.

Puis, en 1891, Ledru, en 1893, Hartmann; en 1895, Villard (Lyon), extirpent le cancer du rectum par les voies naturelles, mais les indications de ce procédé sont restreintes.

Willens, de Gand, en 1893, cherche à obtenir un sphincter artificiel. Pour cela, il fait une incision au-dessous de la tubérosité ischiatique, parallèle aux fibres du grand fessier. Il dissocie les fibres de ce muscle, puis il y fait passer le bout supérieur de l'intestin et le fixe à la peau.

La même année, Gersuny publie un procédé consistant à tordre le bout intestinal sur son axe longitudinal avant de le fixer à la peau.

Enfin, en 1895, grâce à Quénu, a paru une technique très étendue, ayant, au point de vue pratique, un double but : 1° d'enlever le rectum, sans le déchirer, comme un vase clos; 2° de libérer le rectum cancéreux en commençant par la face antérieure, la plus dangereuse, vu ses rapports intimes avec l'urètre, la prostate et la vessie.

A partir de ce moment, la méthode périnéale devient le procédé de choix.

Enfin, en 1896, Gaudier, de Lille, propose un nouveau procédé opératoire pour le cancer haut placé, s'exécutant à la fois par l'abdomen et par le périnée, et auquel, Chalot, Quénu, Cunéo, apportèrent depuis quelques modifications.

Puis, Cunéo, en 1908, modifie le procédé de Kocher, afin de faciliter la libération de la face antérieure du rectum, en y ajoutant une incision transversale du périnée.

Savariaud, pratique, en 1912, l'extirpation par un procédé analogue au précédent, consistant en une incision elliptique autour de l'anus, prolongée jusqu'au coccyx; les releveurs sont isolés, suturés et abouchés à l'anus. On termine par une périnéorrhaphie.

Dans ces dernières années, tous les travaux contiennent les

discussions sur la valeur respective de la voie périnéale et la voie combinée.

Tout récemment, en 1923, Hartmann insiste sur la bénignité de la voie abdominale pure. Il enlève par cette voie la partie supérieure du rectum et la totalité de l'anse oméga, avec son méso, et achève l'opération par la fermeture en cul-de-sac, du bout ano-rectal, et par une coltomie terminale

CHAPITRE II

Aperçu d'anatomie pathologique.

Le cancer du rectum est, parmi les néoplasmes du tube digestif, le plus fréquemment observé. Sur 100 néoplasmes en général, on trouve 5 cancers du rectum, et sur 100 épithéliomas de l'intestin, 80 cancers du rectum.

Le cancer du rectum est un épithélioma qui, au point de vue histologique, peut se développer, soit aux dépens d'une muqueuse dermopapillaire (épithélioma pavimenteux), soit aux dépens de l'épithélium intestinal (cylindrique).

Les épithéliomas étendus à tout le rectum et à l'anus sont relativement rares; d'ordinaire le cancer occupe une région limitée, de sorte qu'au point de vue anatomique, suivant la classification de Quénu, on en distingue plusieurs types :

1° Un type bas situé, cancer anal de Finet, qui prend naissance au-dessous des attaches du releveur de l'anus, dans la traversée sphinctérienne du rectum;

2° Un type moyen infra-péritonéal, développé dans le segment rectal, qui s'étend entre le releveur de l'anus et le péritoine, cancer ampullaire;

3° Un type élevé, sus-ampullaire, ayant son extrémité inférieure à 7 ou 8 centimètres et son extrémité supérieure à la troisième sacrée;

4° Un type recto-sigmoïde, qui siège sur la portion la plus élevée du rectum et sur l'anse sigmoïde.

Enfin, un type d'envahissement total, dans lequel toute ou presque toute l'étendue du rectum est envahie, depuis l'anus jusqu'à 12 à 15 centimètres au-dessus.

Le type le plus fréquent est le moyen ou ampullaire. Il se rencontre dans 70 p. 100 des cas; les types bas et sus-ampullaire sont en nombre à peu près égal.

Voici le pourcentage d'après Quénu :

Pour le premier type, 23 p. 100;

Pour le 2^e type, 43 p. 100;

Pour le 3^e type, 10 p. 100;

Pour le 4^e type, 24 p. 100.

Pauchet (V.), donne :

a) C. ampullaires 66,6 p. 100.

b) C. recto-sigmoïdes ou sus-ampullaires. . 25 p. 100.

Mondor (524 cas) :

a) C. ampullaires 66,6 p. 100.

b) C. sus-ampullaires 25 —

c) C. ano-rectaux 10 —

d) C. total 20 —

En somme, toutes ces statistiques permettent de considérer le type moyen ou ampullaire du cancer du rectum comme le plus fréquent.

Quénu appelle cancers du premier type, ceux dont la limite supérieure ne déborderait pas la pointe du coccyx, pointe de repère facile à sentir par le toucher rectal; cancers du 2^e type, ceux qui, laissant la portion sphinctérienne intacte, ne s'élèveraient pas à plus de 9 centimètres de l'anus; cancer du 3^e type, ceux dont la limite inférieure siègerait à 8 ou 9 centimètres de l'anus.

D'après Quénu, Stierlin et Pribam, la tumeur épithéliale est le plus souvent annulaire. En effet, le néoplasme débute, soit sur la paroi antérieure du rectum, soit sur la paroi postérieure, rarement sur les faces latérales; et comme le cancer se propage par les voies lymphatiques, qui sont disposées circulairement, on comprend pourquoi la forme annulaire est plus fréquente.

Quénu admet, au cours de l'évolution du néoplasme : 1° une forme circonscrite; 2° une forme infiltrée.

Forme circonscrite. La tumeur se présente sous l'aspect d'une noix, mal limitée, faisant saillie dans l'intérieur de l'intestin. Mais il est bien rare que la tumeur soit observée dans cet état-là... En général, elle n'est diagnostiquée que lorsque la muqueuse est envahie et ulcérée. Cette ulcération est bourgeonnante, avec des bords irréguliers, reposant sur une plaque indurée, fragile et saignante au toucher.

Forme infiltrée. Le rectum apparaît comme un tube étroit à parois rigides, parsemées d'ulcérations en plaques indurées, peu saillantes.

Au point de vue de l'envahissement lymphatique, Mondor distingue les adénopathies immédiates et les adénopathies à distance.

L'adénopathie ano-rectale et l'adénopathie recto-rectale paraissent les plus fréquentes. Il existerait un groupe ganglionnaire presque constant au niveau de la bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure. L'adénopathie hémorroïdale moyenne serait exceptionnelle et d'ailleurs difficile à reconnaître. L'envahissement des ganglions inguinaux est la règle dans les cancers anaux; ces ganglions peuvent aussi être pris dans les cancers haut placés. Les adénopathies à distance révèlent la diffusion de la maladie.

D'ailleurs, en faisant l'examen anatomo-pathologique, Mondor a montré que ces ganglions peuvent n'être pas néoplasiques; mais — dans la proportion de 43 p. 100 — simplement inflammatoires, tuberculeux ou syphilitiques.

CHAPITRE III

Soins préopératoires.

Nulle part, les soins préopératoires ne demandent à être plus rigoureusement réalisés que sur le tube digestif, et tout particulièrement sur le rectum, dont la septicité est accrue à l'état pathologique.

Ces soins comprennent, soit un traitement simple, soit un traitement médico-chirurgical.

Traitement médical... Ce traitement doit durer 12 à 15 jours. On commence par mettre le malade au régime lacté, car le lait, non seulement est un aliment facile à digérer, mais il est à peu près complètement assimilable et n'abandonne que peu de déchets. Et comme la plupart des malades sont dans un état plus ou moins déficient, Terrior conseille, outre le lait, les aliments facilement assimilables (viandes rôties, jus de viande, œufs).

Puis, on donnera au malade les lavements quotidiens, de préférence à l'huile de paraffine ou de vaseline. En même temps on lui prescrira des purgatifs, à trois ou quatre jours d'intervalle, de façon à débarrasser le gros intestin des matières qui s'y trouvent, afin d'éviter une débâcle imprévue qui assombrirait le pronostic opératoire.

En Allemagne, on soumet les malades à une alimentation exclusivement liquide et à des purgatifs et des lavements durant deux ou trois semaines. « On arrive ainsi, dit Küpferlé, à nettoyer aussi complètement que possible l'intestin, et à le débarrasser des matières fécales anciennes. » Pourtant Hochenegg préfère renoncer aux purgatifs et avoir des selles consistantes qui sont moins dangereuses.

Cependant, comme ces malades sont quelque peu cachectiques, nous croyons que l'on ne doit pas abuser des purgatifs, car ils affaiblissent davantage les malades et les exposent au risque du choc opératoire.

On fera ensuite des irrigations rectales avec une solution tiède de permanganate de potasse à 1 p. 2000, ou de chloral à 5 p. 1000. Pour que ces lavages agissent, il faut que la sonde pénètre prudemment au delà de la tumeur.

En même temps on donnera au malade 2 grammes de salol ou de naphthol, par jour, en paquets.

Mais, malgré ces précautions « on ne désinfecte donc pas un rectum, on atténue sa septicité » (Quénu). Ainsi doit-on « enlever le rectum comme un kyste à contenu septique » (Quénu).

Il est nécessaire, pour l'efficacité du traitement sus-mentionné de mettre l'intestin au repos, en le constipant. Sieur conseille d'administrer au malade la veille de l'opération, Cunéo 48 heures avant, une potion avec 30 gouttes de laudanum, ou des pilules d'extrait thébaïque à 5 centigrammes (0,05).

Le traitement chirurgical. Maurice Pollosson, en 1884, a nettement conseillé la création d'un anus artificiel pour détourner les matières fécales du rectum cancéreux. Ce procédé s'est vite répandu en Europe, et est devenu, en quelques années, une véritable méthode, comme temps préliminaire de l'extirpation du rectum cancéreux. Demons fut un des premiers à en conseiller l'emploi systématique.

La création d'un anus iliaque préliminaire, dans ces dernières années, a été diversement appréciée. C'est ainsi que certains auteurs croient qu'elle constitue une opération surajoutée, inutile, puisqu'ils ont obtenu les mêmes résultats avec le simple traitement médical.

Kocher ne pratique plus l'anus contre nature comme une opération préliminaire, et ne le conseille que pour les cas où les symptômes d'iléus sont prédominants et dans lesquels une évacuation du contenu intestinal n'est pas possible autrement. L'anus contre nature préliminaire, d'après Kocher, « constitue une opération grave qu'on doit éviter ».

Pour Cunéo, l'anus iliaque préalable est inutile, même fort gênant, si l'opérateur n'a pas pris la précaution de laisser au côlon pelvien sous-jacent à l'anus, une portion suffisante pour permettre l'abaissement facile du rectum au moment de l'opération.

Nous avons d'ailleurs vu que M. le professeur Chavannaz pratique, chez le sujet résistant, l'opération abdomino-périnéale en un temps, sans anus iliaque préalable.

Mais l'anus iliaque préliminaire garde encore ses indications:

1° Lorsqu'il s'agit d'un cancer sténosant, car les matières fécales accumulées au-dessus de l'anneau néoplasique ne peuvent être autrement évacuées que par l'anus contre nature.

2° Si le rectum présente les adhérences inflammatoires avec des parties voisines, la création de l'anus, dérivant les matières, arrive à diminuer la tumeur et facilite ainsi l'acte opératoire.

3° Quand les malades présentent les symptômes d'ileus, il constitue un excellent moyen de lever les accidents d'obstruction.

CHAPITRE IV

Méthodes opératoires

Sans entrer dans des détails techniques, nous allons exposer les différentes méthodes chirurgicales préconisées pour le traitement radical du cancer du rectum. Nous les faisons suivre d'une rapide analyse critique indiquant leurs avantages et leurs inconvénients.

On distingue :

- A. Les opérations par les voies naturelles;
- B. Les opérations par la voie sacrée;
- C. Les opérations par la voie vaginale;
- D. Les opérations par la voie combinée (abdomino-périnéale ou abdomino-sacrée);
- E. Les opérations par la voie périnéale.

A. — LES OPÉRATIONS PAR LES VOIES NATURELLES.

1° *Procédé de Ledru* (1891). — Il dilate l'anus. Puis il saisit le néoplasme avec des pinces, l'abaisse, enfin l'excise. La perte de substance cancéreuse est recouverte par l'abaissement de la muqueuse saine disséquée.

2° *Procédé d'Hartmann* (1893). — *Traité de chirurgie du rectum.* — Quénu et Hartmann, 1899.

- a) Dilatation de l'anus;
- b) Section circulaire du rectum au-dessous du néoplasme que l'on a préalablement fixé avec des pinces à tractions;
- c) Abaissement du bout supérieur et section au-dessus de l'anneau néoplasique;

d) Fixation du bout supérieur à la peau de la marge de l'anus.

3° *Procédé de Villard* (de Lyon, 1895). — C'est en quelque sorte le procédé d'Hartmann avec cette particularité qu'il est relativement plus large, s'adressant à des cancers plus étendus, dont l'ablation nécessite l'ouverture du péritoine. On extirpe les ganglions présacrés, et on draine les fosses ischio-rectales.

Bien que ces procédés soient préconisés par les auteurs pour des néoplasmes, petits, mobiles, situés très peu au-dessus du sphincter et limités, sinon à la muqueuse, du moins aux parois rectales, ils sont, à l'heure actuelle, complètement abandonnés. En effet, les néoplasmes remplissant de telles conditions sont extrêmement rares; et si, par contre, on applique ces procédés aux malades pour le traitement radical, on les expose au risque des récidives certaines.

B. — LES OPÉRATIONS PAR LA VOIE SACRÉE.

Méthode dite de Kraske (1885). — Cette méthode est réservée par l'auteur aux néoplasmes ampullaires, de façon que l'on puisse, après l'ablation de la tumeur, suturer les bouts de l'intestin réséqué, en conservant le sphincter, afin de reconstituer la continuité du tube digestif et d'éviter aux opérés les inconvénients de l'anus artificiel.

Technique. — Le malade est placé dans le décubitus droit.

L'incision, partant de l'épine iliaque postéro-inférieure, décrit une courbe à convexité droite et se termine au sommet du coccyx.

Désarticulation du coccyx. Section des ligaments sur le bord gauche du sacrum. Section du sacrum suivant une ligne courbe commençant au-dessous du troisième trou sacré, contournant en dedans le quatrième et se terminant au niveau de la corne sacrée gauche.

Libération du rectum, et section, au-dessous et au-dessus du mal, en dehors de la plaie. Suture des deux bouts.
Tamponnement.

Bardenheuer, Rose, Hochenegg, augmentèrent la section osseuse; Heimcke, Levy, Rydygier et Roux conseillent la section temporaire

C'est une vraie voie chirurgicale; mais, au point de vue résultat, soit immédiat, soit éloigné, cette méthode est loin d'avoir donné ce qu'on attendait d'elle. En effet, en réséquant une portion plus ou moins considérable du sacrum, en pratiquant une longue et minutieuse opération sur l'intestin, on expose les malades à un gros traumatisme chirurgical. La section osseuse et ligamenteuse affaiblit la solidité du bassin, inconvénient particulièrement grave chez la femme.

La résection au niveau du troisième trou sacré détruit les 6°, 5°, 4° nerfs sacrés, ceux destinés aux sphincter, à la musculature recto-anale et à la peau. Le cas de Schède : opéré paralysé de la vessie; le cas de Czerny : paralysie complète de la vessie et du rectum et partielle des membres inférieurs.

La réunion des deux bouts est difficile à obtenir; il résulte du non-accolement, une fistule sacrée, avec infection secondaire, pouvant provoquer des septicémies, des névroses interminables, prolapsus, etc... Même, dit Morestin, si la suture tient, l'anus est incontinent, parce qu'on a coupé, par la résection, les filets nerveux qui aboutissent à l'anus.

D'une façon générale, ce que nous venons d'exposer nous autorise à rejeter l'application de la méthode de Kraske pour le traitement radical du cancer du rectum. D'ailleurs, c'est là l'opinion de tous les chirurgiens en France.

« L'expérience qui a été faite de la technique de Kraske et les inconvénients qu'elle entraîne nous ont amené depuis longtemps à l'abandonner ». (Quénu).

C. — LES OPÉRATIONS PAR LA VOIE VAGINALE.

Chalier et Bonnet conseillent la technique suivante :

Incision transversale du cul-de-sac postérieur et ouverture du péritoine. Incision verticale partant du milieu de la précédente et allant en plein périnée à gauche de l'anus, comme l'incision de Schuchardt.

On isole le rectum, en avant avec les ciseaux, en arrière et sur les côtés avec les doigts. On abaisse alors l'S iliaque, et le néoplasme est extirpé comme dans le procédé périnéal de Cunéo. On place dans la concavité sacrée une mèche qui ressort par la fente périnéale.

Cette méthode opératoire s'adresse à des cancers sus-sphinctériens de façon qu'après la résection de la tumeur, on puisse faire une suture circulaire, ou, ce qui est préférable, l'invagination suivant la technique d'Hochenegg. Ses indications sont fort limitées.

D. — LES OPÉRATIONS PAR LA VOIE COMBINÉE.

Sous le nom de la voie combinée, on désigne une méthode opératoire dans laquelle on aborde la tumeur par la voie abdominale, et l'on termine, soit par :

a) la voie périnéale, c'est ce qu'on appelle la voie abdomino-périnéale;

b) la voie sacrée, c'est ce qu'on appelle la voie abdomino-sacrée;

c) la voie vaginale, c'est ce qu'on appelle la voie abdomino-vaginale;

d) la voie anale, c'est ce qu'on appelle la voie abdomino-trans-anale.

Nous n'exposerons que la voie abdomino-périnéale, mais aussi rapidement que possible :

La voie abdomino-périnéale. — La voie abdomino-périnéale comprend trois variétés :

1° Amputation abdomino-périnéale avec anus iliaque définitif;

2° Amputation abdomino-périnéale, avec anus périnéal;

3° Résection abdomino-périnéale avec conservation du sphincter anal.

Amputation abdomino-périnéale avec anus iliaque définitif.

Anesthésie générale ou rachianesthésie.

Position du malade. Position inclinée de Trendelenbourg.

Le chirurgien se place à gauche du malade, les aides à droite.

Technique. — Temps abdominal. L'incision médiane du pubis à l'ombilic.

a) *Ligatures des artères hypogastriques.* — On recherche le bord inférieur du promontoire, point de repère des artères iliaques, qui se trouvent à 3 ou 3 centimètres et demi de la ligne médiane. A ce niveau, l'incision du péritoine de 4 à 5 centimètres. On perçoit alors les battements de l'artère iliaque primitive, que l'on suit en bas. On découvre ainsi l'artère iliaque externe; puis en se portant en peu en dedans, on tombe sur l'artère hypogastrique, qui est pincée et liée à un centimètre et demi de la bifurcation. Même manœuvre du côté gauche.

b) *Libération de l'anse sigmoïde et établissement de l'anus iliaque gauche.* — L'anse sigmoïde est attirée au dehors, son méso est sectionné au ras de la paroi postérieure du bassin pour éviter de blesser les vaisseaux hémorroïdaux et pour enlever en bloc les ganglions et les vaisseaux lymphatiques.

c) *Libération du bout supérieur, futur anus, à tel point qu'il arrive à son emplacement sans aucune traction.* Section de l'anse entre deux ligatures. On fixe sans l'ouvrir, le bout supérieur au péritoine, aux aponévroses par des sutures n'intéressant pas la muqueuse, après avoir fait une boutonnière à la paroi abdominale, dans la fosse iliaque gauche.

d) *Libération du bout inférieur aussi bas que possible jusqu'aux releveurs.* — Ligature des artères hémorroïdales moyennes. Refoulement du bout inférieur dans l'excavation pelvienne.

Fermeture du péritoine et de l'abdomen suivant le procédé classique, sans drainage.

Temps périnéal. — Le malade est mis dans la position de la taille; puis on pratique les mêmes manœuvres que nous décrivons à propos de la voie périnéale.

MÉTHODE PÉRINÉALE

Suivant le siège et l'étendue du néoplasme, on peut faire par cette méthode, soit une amputation, c'est-à-dire l'extirpation du rectum et de l'anus, en sacrifiant le sphincter, soit une résection avec conservation du sphincter anal, lorsque celui-ci est indemne.

L'amputation périnéale du rectum peut être faite :

- a) Tantôt, uniquement par les parties molles du périnée, c'est-à-dire à la Lisfranc ou à la Denonvilliers.
- b) Tantôt, en réséquant le coccyx (Verneuil-Kocher).

Amputation périnéale.

CHEZ L'HOMME

Le malade est dans la position de la taille.

Le chirurgien devant le périnée, l'aide à sa gauche.

Manuel opératoire. — Premier temps. — Dilatation de l'anus et lavage antiseptique. « Au moment de l'opération et avant de fermer l'anus, j'irrigue l'ampoule, l'anus maintenu ouvert par un speculum, avec de l'eau chaude, j'assèche et je bourre l'ampoule de poudre de quinquina; si une difficulté de technique amène la fissuration du rectum, il s'écoule peu de chose ou rien, et la réunion n'est pas compromise » (Quénu).

Asepsie à l'iode des régions périnéale et anale.

Deuxième temps. — Fermeture de l'anus, par un surjet de soie solide tout autour de l'anus, à 1 centimètre de l'orifice anal, que l'on serre ensuite en bourse. Les chefs sont gardés pour les tractions ultérieures.

Troisième temps. — Incision cutanée, sagittale, de la racine des bourses à la base du coccyx, circonscrivant l'anus, puis en arrière dans la direction du raphé ano-coccygien.

Quatrième temps. — Incision du tissu cellulaire. On incise en avant le dartos et le tissu cellulaire lâche jusqu'au raphé; puis latéralement, on coupe les tissus adipeux des fosses ischio-

rectales jusqu'à ce qu'on ait mis à nu les fibres charnues des releveurs. Les artérioles superficielles sont pincées et liées immédiatement.

Cinquième temps. — Libération de la face antérieure du rectum. Ce temps est un peu délicat à cause des connexions intimes du rectum avec les organes très importants (urètre, prostate, vessie).

a) On commence par sectionner le raphé ano-bulbaire, préalablement pincé entre le pouce et l'index gauche, au ras du bulbe. Puis le rectum est attiré en arrière par la traction du fil anal. Alors, on voit apparaître sur les côtés les releveurs, tendus, comme deux cordons se dirigeant en avant sous le diaphragme uro-génital. Avec les doigts, on effondre cet espace décollable jusqu'au muscle recto-urétral.

b) Section du muscle recto-urétral au ras de l'urètre. On peut alors décoller jusqu'au Douglas. Latéralement, on aperçoit la cloison sagittale du rectum (aponévroses périnéales supérieures et gaines des vaisseaux hémorroïdaux moyens).

Ce temps s'accomplit sans hémorragie si on le fait dans le bon plan de clivage. En cas d'hémorragie, on ira chercher ce plan de clivage plus en avant.

Sixième temps. — Libération de la face postérieure du rectum. On sectionne le raphé ano-coccygien, puis on désinsère avec les ciseaux toutes les insertions musculaires et tendineuses sur le sommet et les faces latérales du coccyx. On dénude la face antérieure de cet os qu'on détache d'un coup de ciseaux.

Ceci fait, on décolle le rectum de la face antérieure du sacrum. Pour cela, on introduit la main dans la concavité sacrée, puis on décolle la masse cellulo graisseuse avec les vaisseaux sanguins et lymphatiques qu'elle contient.

Septième temps. — Libération du rectum. Le rectum n'est plus retenu que par quelques brides que l'on doit sectionner pour faciliter sa descente. Section des releveurs, des artères hémorroïdales moyennes, enfin du péritoine.

a) *Section du péritoine.* La section du péritoine se fait par

étages. On tire sur le fil à traction d'un côté, puis de l'autre pour tendre les lames péritonéales latérales. A mesure que se fait cette manœuvre, on place les pinces sur ces lames, puis on les sectionne entre les pinces et le rectum. Ce travail sera continué jusqu'à ce qu'on juge le rectum suffisamment libéré, afin que, après la section de la tumeur, on puisse sans traction arriver à placer le nouvel anus à la place qu'il doit occuper. La section du rectum doit être faite à 5 centimètres au moins de la limite supérieure de la tumeur.

On peut ainsi extraire jusqu'à 25 centimètres de rectum.

Huitième temps. — Hémostase. Reconstitution des plans profonds. Drainage. On ferme le péritoine par quelques points en U, en adossant le feuillet antérieur du cul-de-sac à la partie antérieure du colôn pelvien abaissé.

Suture du reste des releveurs en avant et en arrière du rectum.

On placera un drain en arrière du rectum, dans la concavité sacrée, un autre en avant, à travers les faisceaux du releveur. Ce drainage est d'une importance capitale.

Neuvième temps. — Le lieu de fixation du rectum est en rapport avec la portion de l'intestin abaissé : « Si l'abaissement est facile et que l'on dispose d'une portion rectale suffisamment longue au-dessus du néoplasme, il y aura intérêt à implanter le rectum à travers une boutonnière pratiquée au niveau de l'entrecroisement des muscles transverses et bulbocaverneux » (Marion). — Si on ne peut pas faire cette implantation transmusculaire, alors on l'abouchera à la peau du périnée. Par quelques points aux catguts, on réunira le pourtour du rectum avec les tissus profonds (musculaires, puis la paroi rectale sera réunie à la peau à l'aide des crins de Florence).

Cet abouchement effectué, on suture la plaie périnéale en avant et en arrière. Il est nécessaire de placer une mèche imbibée de sérum antigangréneux, et latéralement des drains.

Dixième temps. — Section du rectum. Cette section doit être faite d'une façon particulière, afin de terminer l'opération

aseptiquement. On serre le rectum avec un drain immédiatement au-dessous du point où il est fixé au périnée, puis il est sectionné au thermocautère au-dessous de cette ligature. Enfin, la section de cet intestin sera aussi cautérisée.

Ainsi le rectum ne sera pas encore ouvert et son ouverture ne se produira que quelques jours plus tard, grâce à la section opérée par la ligature élastique, alors que, déjà, la cicatrisation commencée mettra à l'abri de l'infection (Marion).

CHEZ LA FEMME

L'opération se pratique de la même façon que chez l'homme, le décollement de la face antérieure étant plus facile et moins dangereux que chez l'homme.

L'incision cutanée commence à 1 centimètre en arrière de la fourchette.

L'anus est fermé par une suture en bourse. On sectionne le raphé ano-vulvaire.

Le rectum est attiré vers le coccyx; alors, sur les côtés, on aperçoit les faisceaux des releveurs, entre lesquels on trouve un espace décollable, limité en arrière par l'intestin, en avant par le tiers supérieur de la paroi postérieure du vagin; latéralement, par deux lames sagittales recto-vaginales (faisceaux internes du releveur, son aponévrose supérieure, et la gaine fibreuse des vaisseaux hémorroïdaux). Un tissu cellulaire lâche comble cet espace; le doigt le détruit aisément (Quénu et Hartmann).

Puis le raphé recto-vulvaire est sectionné au ras de la paroi postérieure du vagin. Ainsi on ouvre l'espace recto-vaginal que l'on décolle avec une extrême facilité, le plus haut possible.

Incision de Douglas.

Le reste de l'opération s'effectue comme chez l'homme.

Lorsque la paroi vaginale est envahie, on l'enlève avec le rectum, et l'on reconstitue ensuite le vagin par glissement.

Voie para-sacrée.

E. Zuckerkandl et Wœffler en 1899 et Quénu en 1900 (Soc. de chir., p. 98), pour éviter les délabrements osseux de la méthode de Kraske, recherchent les organes pelviens en suivant les bords du sacrum sans toucher au squelette.

Le malade placé sur le ventre, ou sur le côté gauche, l'incision commence au-dessous et à 1 centimètre en dehors de l'articulation sacro-coccygienne et, après avoir encadré par un trajet curviligne la tubérosité du côté droit, vient se terminer entre l'anus et la tubérosité ischiatique droite. On coupe le grand fessier, les ligaments sacro-sciatiques, le muscle ischio-coccygien et le releveur de l'anus dans la plus grande partie de son étendue.

Comme traitement du rectal, Quénu abaisse suivant le procédé de Hockenegg, le bout supérieur jusqu'à l'orifice anal, en conservant le sphincter. Quénu fait une exérèse très large, et vide l'excavation sacrée des ganglions. Le malade survit plusieurs années avec une continence complète.

Procédé périnéal de Cunéo.

Maladies de l'anus et rectum, t. 28., Le Dentu et Debret. 1916, p. 271.

1° *Le décollement de la muqueuse anale.* On pratique d'abord un Whitehead. La muqueuse est décollée le plus loin possible. Elle est liée à sa base, et la partie inférieure est sectionnée. L'anus est rempli de gaze.

2° *Incision périnéale.* — On fait d'un ischion à l'autre, une incision prérectale curviligne à concavité postérieure. On cherche alors l'espace décollable prérectal, comme au cours de la prostatectomie.

3° *Isolement du rectum et ouverture du péritoine.* — Le rectum est isolé après section de ses lames latérales et le péritoine est ouvert.

4° *Incision postérieure et excision du coccyx.* — Une incision

médiane postérieure va du sommet du sacrum jusqu'à 3 ou 4 centimètres de l'anus. Le coccyx est excisé. La face postérieure du rectum est isolée de la concavité sacrée.

5° *Section inférieure de l'intestin*, au-dessus du point où la muqueuse anale a été décollée. Ainsi la section peut être faite sans ouvrir le rectum.

6° *Section supérieure de l'intestin* abaissé autant qu'il est nécessaire (thermocautère entre deux ligatures), au-dessus de la tumeur.

Il reste à fermer le péritoine et à invaginer le bout supérieur dans l'inférieur suivant la technique de Hockenegg.

Les plaies antérieure et postérieure ne sont pas suturées, mais tamponnées.

Procédé sacro-coccygien (voie coccygienne).

Au Congrès français de chirurgie, en 1904, Depage donne la technique suivante :

1° Le malade est placé dans la position ventrale; le bassin surélevé, les bras pendants de chaque côté de la table, et la tête de côté pour permettre la narcose.

2° Incision médiane sur le rectum descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'anus; et résection du coccyx comme Kocher.

3° Débridement du rectum, immédiatement au-dessus du sphincter sur toute la circonférence et pose d'une ligature à ce niveau. Section de l'intestin au-dessous.

4° Décollement du bout supérieur aussi haut qu'il est nécessaire et ouverture du péritoine.

5° Le bout supérieur du rectum étant suffisamment dégagé, on l'attire avec le néoplasme à travers l'anus, après avoir refermé le péritoine par quelques points de suture. Si la tumeur est trop volumineuse, on la résèque au préalable.

Dans la plupart des cas il n'est pas nécessaire de fixer l'intestin par les points de suture.

6° Tamponnement.

Si le sphincter est envahi, l'opération reste la même, mais au lieu d'une incision linéaire, on fait une incision en raquette contournant l'anus de façon à dégager le rectum.

« Cette méthode me paraît jusqu'à présent la meilleure et la plus simple, elle se distingue surtout par l'hémorragie minime à laquelle elle donne lieu, et par la rapidité avec laquelle elle peut être exécutée. Les premières résections du rectum que j'ai faites, il y a une douzaine d'années duraient en moyenne une heure et demie à deux heures, puis je suis arrivé à les pratiquer en une heure. Aujourd'hui, grâce à ma technique, je termine ces opérations en une moyenne de vingt minutes avec la plus grande facilité ». (Lepage)

CHAPITRE V

Soins post-opératoires.

Les soins consécutifs ont une importance capitale.

Deux dangers menacent les opérés : le choc, l'infection.

Contre le choc : réchauffement, sérum, huile camphrée, caféine ou digitale, seront employés. La morphine n'est pas contre-indiquée.

Dès le lendemain, on donnera au malade des pilules d'extrait thébaïque à 3 centigrammes, une par jour, pour le constiper et le calmer. Ce traitement sera continué pendant huit à dix jours, pour éviter les matières fécales liquides plus dangereuses au point de vue de l'infection.

Si on a fait au malade un anus préliminaire, on commencera immédiatement par le nourrir avec du bouillon, du jus de viande, des œufs; si on n'a pas pratiqué l'anus préliminaire, on doit soumettre le malade au régime liquide et lacté pendant plusieurs jours.

Contre l'infection, le pansement doit être surveillé et renouvelé dès qu'il est souillé. D'une façon générale, le premier pansement doit être fait 48 heures après l'opération, même le premier jour si c'est nécessaire.

Pendant les premiers jours, le pansement sera précédé d'une irrigation de la plaie.

Notre maître, M. le professeur Guyot, conseille d'appliquer des pansements imbibés de sérum polyvalent antigangréneux, et même il écrit : « Nous attirons aussi l'attention sur l'utilité qu'il y a d'irriguer largement le champ opératoire avec du sérum antigangréneux pour combattre divers germes anaéro-

bies qui trouveraient là un milieu de culture particulièrement favorable. »

Puis, peu à peu, la cicatrisation se fera, en général dans un délai de cinq ou six semaines.

Quand doit-on fermer l'anus préliminaire ? Il ne faut pas trop tarder, parce que le bout inférieur de l'intestin, ne fonctionnant pas, pourrait s'atrophier. Quénu a fixé le délai moyen à trois mois.

La plaie une fois cicatrisée, on donnera au malade un appareil à pelote destiné à remédier à son incontinence.

Si l'extirpation du rectum cancéreux a été faite en un temps (sans l'anus préliminaire), la première purgation post-opératoire doit être retardée, afin de ne pas compromettre la plaie périnéale. On purge, en général, le malade au bout de 15 jours, quand on n'a pas fait l'anus iliaque préalable, sinon 3 ou 4 jours après.

Parmi les complications post-opératoires, on doit noter : l'hémorragie, la péritonite, la suppuration, la cellulite pelvienne.

La gangrène du bout supérieur abaissé est due à l'insuffisance de l'irrigation par suite de tiraillement ou de la section de l'artère hémorroïdale supérieure. Le point critique de Südeck semble ne pas être en cause, car Quénu, bien qu'il ait fait la ligature au point classique, et même au-dessus, a vu survenir la gangrène du bout supérieur abaissé. Hartmann, même Südeck, ont constaté que même avec une ligature haute, on n'est pas toujours à l'abri de la gangrène.

Cette question semble bien être mise au jour, par les travaux d'Hartmann, de Cunéo et de Forgue de Montpellier. En effet, Hartmann a trouvé que l'artère hémorroïdale supérieure ne forme pas d'arcades, mais les rameaux qu'elle fournit se portent directement sur la paroi rectale et demeurent absolument indépendants. Il en résulte donc que l'artère hémorroïdale supérieure réalise le type de l'artère terminale, de sorte que la ligature de son tronc amène, en supprimant la circulation, la gangrène.

Nous ne saurions mieux faire que d'extraire le passage que Forgue écrit dans la *Revue de chirurgie*, en 1923, p. 61.

« Pour que l'intestin abaissé reste suffisamment irrigué, il faut qu'il descende avec une bande large de son méso, entraînant avec elle son système d'arcades anastomotiques. Les arcades sont éloignées de 3, 4, 5 centimètres, exceptionnellement 8 centimètres, de cette portion pelvienne du côlon. Et de ces arcades naissent tous les vaisseaux droits qui irriguent l'intestin. Cette voie de communication en arcades est parallèle à l'intestin, qui est le grand courant de circulation anastomotique : léser ces anastomoses, c'est s'exposer à la gangrène intestinale.

« Donc, pour conduire le côlon pelvien au périnée, il ne s'agit point de le dérouler par des sections tangentes à son bord; il faut, à 4 ou 5 centimètres au minimum de distance, tailler dans la base du méso, de façon à conserver, avec une tranche large, au moins l'arcade marginale. »

Les autres complications telles, que le rétrécissement du bout anal, ou le prolapsus, seront traitées par les moyens appropriés.

CHAPITRE VI

Observations.

OBSERVATION I

Professeur GUYOT, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1923, p. 319.

Le 4 décembre 1922, M^{me} B. D. entrain à l'hôpital Saint-André, salle 8, parce que depuis quelque temps elle souffrait en allant à la selle et perdait à ce moment-là du sang par l'an^{us}, et que, d'autre part, elle maigrissait et se sentait mal en train.

Cette femme, âgée de 43 ans, exerce le rude métier de cultivatrice dans les Landes. Mariée à 17 ans, elle a eu deux enfants actuellement en parfaite santé et déclare n'avoir jamais été malade de sa vie.

Notons, cependant, dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, un père mort à 71 ans d'une tumeur de la cuisse de nature inconnue, et une cousine en train de mourir d'une affection ressemblant fort à un néo du col utérin.

Voilà environ un an et demi, la malade, sans aucune douleur, sans aucun trouble fonctionnel, remarque que lorsqu'elle allait à la selle, elle perdait un peu de sang. Ce sang était noir et s'évacuait juste avant les matières qui, elles, étaient normales. Ces faits frappèrent son attention, mais ne l'inquiétèrent nullement.

Ce n'est que vers le 20 décembre 1922, voyant ses forces commencer à décliner, constatant qu'elle maigrissait progressivement, que ses pertes de sang devenaient plus abondantes, qu'elle se décida à consulter un médecin. Le sang, évacué parfois par caillots, était le plus souvent rutilant, plus rarement noirâtre. La défécation était devenue douloureuse, mais jamais elle n'a observé des modifications dans la forme de ses matières. Elle n'a jamais présenté d'alterna-

tive de diarrhée et de constipation. Et dans l'intervalle de ses selles son anus n'était le siège d'aucun écoulement ni sanglant, ni purulent.

Le médecin consulté pratiqua le toucher rectal et fit aussitôt le diagnostic de cancer du rectum. C'est pour cette affection qu'il l'adressa à M. le professeur Guyot.

A l'examen, le 5 décembre 1922, ce diagnostic fut confirmé. Il s'agissait manifestement d'un cancer de la partie haute de l'ampoule rectale siégeant à la partie postérieure, cancer à forme végétante, paraissant encore mobile sur les plans circonvoisins. Localement, le cancer était opérable, et comme du côté de l'état général il n'y avait aucune contre-indication, on décida l'intervention en deux temps.

Premier temps : anus iliaque gauche.

Deuxième temps : extirpation périnéale du rectum.

Au préalable on s'appliqua à renforcer la résistance du sujet par une alimentation réconfortante, par l'administration de toniques divers et tout particulièrement par des injections de cacodylate de soude.

Premier temps : 12 décembre 1922, anus iliaque gauche.

Deuxième temps : 16 janvier 1923, extirpation périnéale du rectum suivant la technique de Pauchet. Opération facile, sans incident; la tumeur n'ayant contracté aucune adhérence, il est facile de décoller le rectum du sacrum en arrière, du vagin et de l'utérus en avant.

La plaie périnéale est largement drainée et méchée. On injecte, par les drains, du sérum antigangréneux polyvalent. Suites normales.

La malade est guérie et la guérison se maintient parfaite 18 mois après l'opération (juillet 1924).

OBSERVATION II

PIÉRI, *Marseille médical*, 1914, p. 394.

Amputation périnéale du rectum pour cancer.

Le nommé B..., 36 ans, peintre, entre au n° 2 de la salle Fourtou, le 19 février 1912.

Ses antécédents sont minimes : il n'a jamais eu d'affections pleuro-

puimoniaires, pas de rhumatisme, pas de syphilis; une blennorrhagie à sa vingtième année. Marié, il a un enfant bien portant. Sa mère, ses six frères et sœurs jouissent d'une excellente santé. Le père est mort alcoolique.

La maladie actuelle remonte au mois de juillet 1911; elle a débuté par une constipation qui s'est accrue progressivement. Les matières sont rendues péniblement, avec effort, surtout lorsqu'elles sont un peu consistantes; leur émission s'accompagne de quelques filets de sang. Il n'y a pas de signes d'infection rectale concomitante, pas de glaires, pas de pus, ni de sécrétions dans l'intervalle des selles.

Le malade facilite l'exonération quotidienne par l'emploi de l'huile de ricin. Cependant, son état général décline, son teint jaunit, l'appétit diminue, il y a parfois une légère fièvre vespérale, et c'est ainsi qu'il entre, à Paris, dans le service du professeur Reclus. Là, je ne sais pour quelle raison, on ne voulut pas l'opérer. Rentré à Marseille, le malade vient me consulter et je le fais admettre à l'hôpital, le 19 février 1912.

L'examen somatique révèle l'intégrité de tous les organes. Le toucher rectal seul donne des renseignements : à 4 cm. de l'anus, environ, le doigt perçoit une sténose serrée du calibre d'un gros stylographe, sténose canaliculée, que l'index traverse péniblement sur une longueur de 2 cm. $1/2$; à bout de doigt, il semble que l'on atteint la limite supérieure du rétrécissement; ses parois sont dures, irrégulières et paraissent présenter une épaisseur de plusieurs centimètres. En retirant le doigt, il s'écoule un peu de liquide louche, strié de sang. Pas de fistules. Pas de ganglions inguinaux.

Au point de vue fonctionnel, les douleurs sont vives au moment des selles; les matières sont aplaties, rubannées; rarement, un peu d'écoulement teinté de sang, en dehors des selles.

Malgré l'amaigrissement qu'accuse le malade, l'état général est bon, et, corollaire de notre diagnostic de néoplasme, nous proposons l'intervention.

Opération le 2 mars 1912, avec l'assistance de M. le docteur Pluyette et de M. Gamel.

Anesthésie chloroformique.

Un cathéter courbe repère l'urètre.

Après fermeture de l'orifice anal par une suture en bourse à la soie, on incise la peau circulairement au pourtour de ce dernier; l'incision se prolonge en avant jusqu'à la racine des bourses, en arrière jusqu'au delà du coccyx. Mise à nu des releveurs de chaque côté, qui sont sectionnés couche par couche: la plaie saigne abondamment.

Les deux côtés du rectum étant libérés, on attaque la libération antérieure de la tumeur, et grâce à la présence du cathéter, la section de la cloison recto-urétrale se fait assez aisément; on clive la prostate et on atteint le cul-de-sac recto-vésical. On passe alors au décollement postérieur: péniblement, et malgré la résection du coccyx, on décolle le rectum de la face antérieure du sacrum; ouverture du cul-de-sac de Douglas, puis section du mésorectum à bout de doigt, à l'aveugle. Le rectum est ainsi abaissé de 13 cm. environ. Après fermeture du Douglas au catgut, on place deux fils d'argent en avant et deux en arrière, chargeant peau et muscles. Section du rectum à distance de la tumeur, après pincement; deux points en V au catgut, étayant les parois latérales du rectum; au préalable, et pour parer à l'incontinence, on a fait exécuter au nouveau rectum deux tiers de tour à la Gersuny. Enfin suture de la muqueuse aux lèvres cutanées par une couronne de points à la soie. Drains et gazes en avant et en arrière du nouvel anus.

Les suites opératoires ont été bonnes. En raison d'une déperdition sanguine appréciable, nous injectâmes, à la fin de l'opération, 10 cent. cubes d'hémostyl. Le malade fut constipé par l'extrait thébaïque pendant 8 jours. Sa température, qui varia entre 37°5 et 38°, s'éleva à 38°5 et 38°6 à l'occasion des premier et second pansements, quand on retira les mèches de gaze. Au troisième pansement, les fils d'argent, ayant coupé les tissus, sont enlevés; les jours suivants on constate que la lèvre droite du rectum présente un petit liseré de sphacèle; progressivement, tout s'arrange. Le 1^{er} mai, on peut voir le rectum à fleur de peau, dont la muqueuse rosée est légèrement procidente au niveau de la fesse gauche, légèrement en retrait au niveau de la fesse droite. Au toucher, l'index pénètre très aisément et perçoit partout une muqueuse lisse, souple. La défécation se fait quotidiennement et sans efforts; l'incontinence n'existe plus que pour les matières liquides.

Le malade a repris un peu d'embonpoint et quitte l'hôpital le 6 mai 1912.

Depuis, le malade n'a cessé de se bien porter et a repris complètement son travail.

En août 1913, il revient nous trouver; il éprouve au moment de la garde-robe une certaine gêne, qu'il localise au niveau de la partie droite de son anus. L'examen nous montre effectivement à cet endroit un épaississement fibreux du bord anal droit; au toucher, nous constatons d'abord, aussi haut que le doigt peut explorer, l'absence de toute reproduction néoplasique; la muqueuse est très souple en tous points; nous percevons nettement le fond cicatriciel, touchant du tiers du limbe anal droit.

Les jours suivants, nous excisons cette partie fibreuse et suturons directement la muqueuse saine aux bords avivés de la peau périnéale. Tout allait bien et le malade devait quitter l'hôpital, lorsqu'il contracta une pleurésie qu'il soigna d'ailleurs à son domicile. Je ne l'ai plus revu depuis. Nous pouvons toujours souligner qu'il n'y avait aucune récurrence 18 mois après son opération.

L'examen de la pièce enlevée en mars montra, macroscopiquement, une tumeur occupant circulairement toute l'épaisseur des tuniques rectales sur 3 cm. de hauteur; les parois sont fortement épaissies, dures, la lumière intestinale tapissée par une muqueuse exulcérée par place. Le segment intestinal enlevé mesure 11 cm. de long; le point de section a porté en parties saines à 3 cm. au-dessus du néoplasme.

Microscopiquement, les coupes, dues à l'obligeance de MM. Kanké et Sénéze, ont montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique du rectum.

OBSERVATION III

BÉRARD, in CHALIER, thèse de Lyon, 1909-1910, p. 425 (Obs. XXXVI)

**Cancer du rectum opéré en deux temps : anus iliaque gauche (mars 1909);
amputation coccy-périnéale (17 juillet 1909).**

Cancer du rectum opéré en deux temps : anus iliaque gauche (mars 1909); amputation coccy-périnéale (17 juillet 1909).

Zoé R..., 58 ans, cultivatrice à Wateur, entre le 15 juillet 1909 dans le service de M. Bérard.

Début, en janvier 1908, par une constipation très marquée, avec glaires et sang dans les matières. En mars 1908, alternatives de constipation et de diarrhée. Mêmes signes jusqu'en mars 1909. A cette époque, elle entra dans le service de M. Lejars, à Paris; on lui fit un anus contre nature iliaque gauche. Elle fut soulagée pendant plusieurs mois.

Elle vient actuellement pour se faire débarrasser de sa tumeur. Celle-ci est dure, en virole. Située à quelques centimètres au-dessus de l'anus, elle permet le passage du doigt, mais on ne peut atteindre sa limite supérieure. Elle paraît assez mobile.

Au toucher vaginal : la tumeur s'étend jusque dans le cul-de-sac postérieur, sans adhérer à l'utérus. Pas de ganglions inguinaux.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Rien d'anormal dans les autres viscères.

Le 17 juillet 1909 : *amputation coccy-périnéale du rectum* (M. Bérard). — On abaisse 20 cm. de rectum et d'S iliaque; on établit un anus coccygien après avoir reconstitué le périnée en avant par la suture des releveurs; on a ainsi obtenu une cloison épaisse de 5 à 6 cm. entre la fourchette vulvaire et le nouvel orifice anal.

Suites très simples. Suppuration infime.

Le 6 novembre 1909, la malade est revue en bonne santé; elle a un anus iliaque très étroit, en voie de fermeture; la plupart des matières passent par l'anus coccygien; le plancher pelvien est solide.

OBSERVATION IV

JABOULAY, in CHALIER, thèse de Lyon, 1909-1910, p. 488 (Obs. LX).

H. L..., 46 ans, cultivateur. Cancer sus-ampullaire de la paroi antérieure, non franchissable, se manifestant cliniquement depuis 3 mois; forme diarrhéique. Le 14 novembre 1904 : anus iliaque gauche terminal; le 15 décembre 1904 : amputation totale du rectum par la voie périnéale, avec abaissement du bout supérieur au périnée.

Examen histologique : épithélioma. Le 1^{er} mai 1907, *suppression de l'anus iliaque*, résection de l'anse portant l'anus sur une étendue d'environ 12 cm. et abouchement bout à bout des deux tranches

intestinales. Le 4 octobre 1909, le malade écrit qu'il est en excellente santé, va à la selle deux ou trois fois le matin, rarement dans la soirée, jamais la nuit; il n'a pas d'incontinence, boit et mange à peu près de tout. Vaque aux travaux des champs.

OBSERVATION V

MARTIN DU PAN, *Revue de chirurgie*, p. 494 (Obs. XLIV).

M. B. E..., 68 ans.

Anamnèse du 15 décembre 1903.

Depuis quelques années, hémorroïdes avec d'assez fortes hémorragies. Il y a un an, violentes coliques avant la défécation; les hémorragies diminuent; mais il se joint des mucosités aux selles. Il sort de l'anus, à la défécation, une tumeur irrégulière, qui rentre ensuite d'elle-même. Depuis 3 mois, la tumeur a augmenté de volume. Le malade a des troubles urinaires; il ne s'écoule que peu d'urine à la fois. La miction occasionne des douleurs dans la région vésicale. Entre les selles, qui sont régulières, évacuation de mucosités sanguinolentes.

Status du 15 décembre 1903. — Malade anémié, affaibli. Le foie dépasse de trois travers de doigt les fausses côtes; son rebord est un peu dur et paraît présenter des bosselures; il n'est pas douloureux à la pression. Ganglions indurés dans les aines, surtout à droite. Dans l'anneau crural on en sent un plus gros, irrégulier. Douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. A l'anus, une tumeur en forme de crête de coq insérée à la paroi postérieure en forme de croissant, laissant seulement le tiers antérieur de l'anus libre. La surface est bosselée, ulcérée, elle est nettement limitée en haut par le sphincter anal. Le rectum du dessus est normal; la prostate aussi.

Examen histologique. — Carcinome alvéolaire colloïde.

Opération du 16 décembre 1903. — Anesthésie locale à la cocaïne; excision de la tumeur au bistouri, à la limite, entre la peau et la muqueuse. La tumeur n'envahit nulle part la profondeur. Suture de la peau à la muqueuse rectale, badigeonnage de la suture avec du bismuth.

Evolution. — Traitement avec des suppositoires au bismuth. Guérison en trois semaines. Le sphincter fonctionne parfaitement.

OBSERVATION VI

JABOULAY, thèse de Lyon, 1909-1910, p. 359 (Obs. VII).

Cancer ano-ampullaire du rectum (face antérieure) : forme diarrhéique. Amputation périnéale intra-péritonéale, le 18 mai 1909. Torsion de Gersuny. Guérison avec continence à peu près complète.

Charles G..., 62 ans, journalier à Lyon, entré dans le service de M. Jaboulay, le 12 mai 1909, pour des troubles de la défécation et de la faiblesse dans les membres inférieurs.

Pas d'antécédents néoplasiques connus; cependant, sa femme est morte à 39 ans, d'une affection gastrique qui pourrait bien avoir été un cancer.

Pas de syphilis. Pas de maladies antérieures importantes.

La maladie actuelle a débuté, au mois d'octobre 1908, par une diarrhée qui dura jusqu'en avril suivant. En janvier 1909, le malade entra à l'hôpital de Valence pour cette « dysenterie ». Aucun médecin ne pratiqua le toucher rectal; à la diarrhée succédèrent rapidement des écoulements glaireux, sanguinolents, du ténesme et des épreintes. Mais jamais le malade n'a souffert dans les cuisses, les fesses, la région sacrée. Jamais de coliques bien fortes, ni de crises d'obstruction. Depuis un mois que la diarrhée a disparu, le malade va à la selle régulièrement une ou deux fois par jour : à plusieurs reprises il a remarqué que ses matières sont aplaties, rubanées.

Il a maigri de plusieurs kilos. L'appétit est cependant conservé pour tous les aliments. Digestions bonnes. Dentition satisfaisante. Pas de dyspnée. Pas de palpitations.

A l'examen : Pas d'altération notable de l'état général. Cœur de volume normal, sans lésions. Pouls régulier, un peu tendu. Rien aux poumons, sinon un peu d'emphysème. Pas d'hypertrophie du foie. Ventre normal, non ballonné, sans ascite. Pas de ganglions sus-claviculaires. Pas d'œdème des membres inférieurs. Rien d'anormal dans les urines. Pas de troubles de la miction. Quelques ganglions dans les triangles de Scarpa. A gauche, ils sont plus nombreux et remontent le long des vaisseaux, un peu au-dessus de l'arcade crurale.

Au toucher rectal : Tumeur demi-circulaire, occupant la face antérieure et la face latérale gauche de l'ampoule rectale. Elle est bourgeonnante, irrégulière, mais peu saillante. Elle s'étend du voisinage immédiat de l'anus jusqu'à bout de doigt. Mais on atteint partout sa limite supérieure. Elle ne paraît pas adhérer à la prostate, sans cependant être très mobile sur elle.

Opération, 18 mai 1909. — Après des préparatifs soigneux pendant 6 jours, le malade est endormi au kélène-éther et placé dans la position de la taille. Fermeture en bourse de l'anus. Incision circulaire péri-anales, avec petite queue antérieure et grande queue postérieure. *Pas de section du coccyx.* Libération méthodique du rectum sur ses quatre faces. On ne rencontre quelques difficultés qu'en avant; après section du muscle recto-urétral au ras du bulbe, qui est un peu entamé, mais dont l'hémorragie s'arrête rapidement par la compression, on doit détruire quelques adhérences de la tumeur avec l'urètre. Celui-ci est disséqué dans toute sa portion membraneuse (2 à 3 cm.) sans la moindre blessure. Le décollement se fait bien ensuite d'avec la prostate. On atteint alors les canaux déférents et les vésicules séminales qu'on aperçoit comme dans une dissection. La mobilisation du rectum étant insuffisante, on ouvre le péritoine, on sectionne les aponévroses latéro-rectales et le méso postérieur. L'abaissement est alors largement obtenu. On ne suture ni ne tamponne le péritoine. On sectionne le rectum entre deux pinces, à 4 cm. au-dessus de la tumeur. On place une grosse mèche dans la loge rétro-prostatique, une mèche et un long drain dans la concavité sacrée. On tord d'un demi-tour le néo-rectum, de façon à ce que le méso soit antérieur. On le fixe à la peau, à la place primitive de l'anus, et l'on suture partiellement les plaies antérieure et postérieure.

Examen de la pièce. — Elle comprend la presque totalité du rectum (12 cm.). En arrière, se trouve une grande quantité de tissu cellulo-graisseux, dans laquelle il n'y a pas de ganglions. *Par contre, il en existe trois ou quatre petits, situés très haut, dans l'insertion inférieure du méso sigmoïde, contre le pédicule hémorroïdal supérieur.* Ils n'auraient pu être enlevés sans l'ouverture du péritoine. Ils sont au ras même de la tranche supérieure de section du rectum, à 4 bons centimètres au-dessus du néoplasme. Celui-ci est arrondi; son diamè-

tre est de 6 cm.; il occupe la face antéro-latérale gauche du rectum immédiatement au-dessus de l'anus.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique. *Ganglions* : hyperplasie simple.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, quelques coliques. Pas d'hémorragie. Miction spontanée. On donne 0.10 centigrammes d'extrait thébaïque (à continuer pendant plusieurs jours). Pansement tous les deux jours.

21 mai. Ablation de la mèche postérieure. Petit lavage oxygéné dans le drain. On attire un peu la mèche antérieure, dont on excise 5 à 6 cm. Pas d'infection périnéale.

23 mai. La langue étant très mauvaise et le facies un peu terreux, on supprime, pour un jour, l'extrait thébaïque et l'on donne une purgation avec 40 grammes d'huile de ricin. Il s'est produit pendant toute la journée une abondante évacuation de matières : on a fait trois pansements et trois lavages oxygénés.

24 mai. On redonne l'extrait thébaïque. Un peu de rougeur de la plaie, sans infection vraie. La grosse mèche comprimant un peu l'urèthre et gênant la miction est enlevée : elle sort noirâtre, fétide. On irrigue largement la cavité antérieure à l'eau oxygénée, sans pression. On commence à alimenter le malade.

26 mai. Malgré l'extrait thébaïque toujours continué, la plaie est souillée de matières. Ablation de tous les fils. Quelques difficultés pour uriner : on sonde le malade et l'on retire des urines claires, peu abondantes.

Les jours suivants, les lavages et pansements sont faits régulièrement. Il se produit cependant un peu d'érythème autour des lèvres de la plaie. Le 7 juin : ablation du drain; suppression de l'extrait thébaïque.

29 juin 1909. La cicatrisation est complète, sauf à la partie toute postérieure de la plaie. L'anus périnéal n'est pas remonté; malgré la torsion, il est peu rétréci et reste incontinent, mais le malade n'a guère que deux évacuations par jour. Il quitte l'hôpital.

Revu le 25 août 1909, il a engraisé de 5 kilos. Excellent état général et local. Continence relative pour les matières solides.

Revu à nouveau le 2 octobre 1909. Depuis son opération, le ma-

lade a engraissé de 11 kilos; sa santé est florissante. *Depuis un mois environ, il a des selles bien moulées, très régulières, et en dehors des rares périodes de diarrhée, une continence parfaite.* Il est d'ailleurs averti, un moment avant chaque défécation, par une véritable sensation de besoin; il obéit alors à ce besoin et ne se souille pas du tout; il déclare seulement que les défécations sont un peu longues. A l'examen de l'anus, on constate que la muqueuse, un peu évasée, s'unit très exactement à la peau; l'orifice offre à peu près les dimensions d'une pièce de 2 fr.; il est un peu plus long que large. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent, à un demi-centimètre environ au-dessus de la ligne muco-cutanée, un véritable anneau absolument souple, dans lequel le doigt passe à frottement dur et donnant comme l'impression d'un sphincter. C'est à cet anneau qu'est due la continence du malade. Il n'y a pas trace d'inflammation ni de récurrence nulle part. Le malade se dispose à partir demain, à pied, en vingt étapes, de Lyon à Nice.

OBSERVATION VII

JABOULAY (CHALIER), thèse de Lyon, 1909-1910, 480.

J. M.... 45 ans, employé des ponts et chaussées à Valence (Drôme). Cancer de l'ampoule rectale. Le 22 décembre 1907 : amputation périnéale. Guérison rapide. Le 4^{er} décembre 1909 : état excellent; bon appétit; digestions bonnes. Au point de vue local, pas trace de récurrence; le malade a une ou deux selles par jour; continence partielle, mais impossibilité de retenir les vents et les matières. Le malade accuse une certaine gêne pour rester assis, surtout sur les sièges rembourrés; par contre, il marche sans fatigue pendant plusieurs heures consécutives.

OBSERVATION VIII

MARTIN DE PAN, *Revue de chirurgie*, 1906, p. 416.

M. O. (Jean-Joseph), 63 ans.

Amnésie du 19 janvier 1895.

Premiers symptômes en octobre 1894. Les selles deviennent plus

fréquentes et moins volumineuses; en décembre surviennent des faux besoins et une fois du sang dans les selles. Pas d'amaigrissement, pas de douleurs, l'appétit reste bon. Pas d'antécédents néoplasiques.

Status du 19 janvier 1895. — Robuste vieillard, d'état général bon. Tumeur de la paroi antérieure du rectum, grande comme la moitié de la paume de la main, débutant à 4 cm. au-dessus de la prostate. Elle a 6 cm. de haut. Surface irrégulière, bosselée, limites très nettes.

Examen histologique. — Carcinome à cellules cylindriques envahissant toute l'épaisseur de la tunique musculaire du rectum, mais ne traversant pas dans le tissu péri-rectal.

Opération le 31 janvier 1895. — Décubitus dorsal avec les cuisses relevées dans la flexion extrême; méthode de Kocher. Incision médiane postérieure de la marge de l'anus à la base du coccyx; résection du coccyx, ligature des vaisseaux. Incision du rectum en arrière, de l'anus jusqu'au bord inférieur de la tumeur. Les bords de la muqueuse sont ensuite suturés aux lèvres de la plaie. Excision de la tumeur ulcérée avec 1 cm. de la muqueuse saine tout autour. La plaie reste ouverte; tamponnement à la gaze iodoformée.

Evolution. — Pas de fièvre; le tampon est enlevé le 5^e jour; le 10^e jour, première selle. Un mois après, le malade quitte la clinique; il marche sans peine, il a de l'incontinence des matières fécales, qu'il retient bien du reste avec une pelote. En avril 1904, le malade se porte bien, vague à ses occupations; il n'a plus jamais eu de douleurs. Les selles sont régulières, une ou deux fois par jour.

Septembre 1904. Le malade, robuste vieillard, ne ressent aucune gêne, n'a pas d'incontinence. A l'examen du rectum, on constate un anus coccygien rétréci par une cicatrice, laissant passer l'index facilement; on ne sent aucune résistance; la muqueuse est normale. Guérison radicale. *Encore en vie dix ans après l'opération.*

OBSERVATION IX

• MARTIN DE PAN, *Revue de chirurgie*, 1906, 497 (Obs. XLII).

B... (Johan), 73 ans.

Anamnèse du 2 juin 1903.

Début des symptômes en janvier 1903, par de fréquents besoins

d'aller à la selle, souvent sans résultats; parfois quelques douleurs à la défécation. A partir de février, les selles sont souvent striées de sang. Les épreintes deviennent de plus en plus fréquentes; pas d'amaigrissement notable; l'appétit reste bon.

Status du 2 juin 1903. — Malade vigoureux, abdomen normal. Au-dessus du sphincter anal et à un travers de doigt au-dessus de la prostate, tumeur occupant les parois antérieure et droite du rectum. La paroi gauche est tapissée de muqueuse normale. La tumeur est nettement limitée, bosselée, irrégulière, ulcérée; elle est mobile avec le rectum. On peut atteindre avec le doigt la limite supérieure qui est aussi très nette. Pas de ganglions indurés.

Examen histologique. — Carcinome à cellules cylindriques de 4 cm. de large, envahissant à un endroit toute l'épaisseur de la paroi rectale. Autour de la tumeur se trouvent de petites excroissances adénomateuses.

Opération du 20 juin 1903. — Narcose au brométhyle-éther. Méthode de Kocher modifiée. Incision postérieure, résection du coccyx, incision de la paroi postérieure du rectum jusqu'à la tumeur. Le doigt introduit dans le rectum l'attire en bas. Excision de la tumeur en commençant par la muqueuse, ligature des vaisseaux au catgut. Suture de la muqueuse à la marge de l'anus par quelques points au catgut; tamponnage autour du rectum à la gaze xéroformée. Rapprochement des lèvres de la plaie cutanée.

Le péritoine n'a pas été ouvert.

Evolution. — Traitement consécutif par des opiacés et des irrigations de la plaie avec une solution boriquée. Pas de fièvre; première selle quatre jours après l'opération. Le 4 août 1903, il quitte la clinique avec une plaie qui granule bien, en bonne voie de guérison. Incontinence quand les selles ne sont pas solides. A part cela, excellent état général. Les selles sont régulières, plus de faux besoins, ni de douleurs à la défécation.

En mars 1904, le malade nous écrit qu'il jouit d'une excellente santé, n'a plus d'incontinence du tout et a pu reprendre son travail.

OBSERVATION X

JABOULAY, in CHALIER, Th. de Lyon, 1909-1910, p. 374.

Néoplasme de la paroi antérieure de l'ampoule rectale. Amputation coccy-périnéale (le 20 août 1909), avec torsion de Gersuny.

Joseph D..., 53 ans, menuisier à Lyon, entre dans le service de M. le professeur Jaboulay, le 17 août 1909, pour des troubles de la défécation.

Pas d'antécédents néoplasiques. Bonne santé habituelle. Pas de syphilis.

La maladie a débuté, en septembre 1908, par des démangeaisons anales et par de la constipation; le malade devait constamment prendre des laxatifs ou des purgatifs. Cette constipation n'a jamais fait place à de la diarrhée. Depuis trois mois, la canule pour lavements ne peut être enfoncée. Quelques hémorragies récentes. Jamais d'éclosion vraie, ni de vomissements. Jamais d'œdème. L'appétit est bien conservé; le malade continue à aimer beaucoup la viande. Il n'a que peu maigri. Il a cessé son travail depuis un mois.

Il n'accuse aucun trouble de la miction et souffre peu, en dehors du ténesme et des épreintes fréquentes. Cathétérisme urétral facile. Urines claires : ni sucre, ni albumine.

Ventre souple. Pas d'hypertrophie du foie. Pas d'ascite. Pas de ganglions inguinaux ou autres.

Au toucher rectal : volumineuse tumeur de la face antérieure, descendant jusqu'au voisinage de l'anus et remontant à 7 ou 8 cm. au-dessus. Pas d'adhérences prostatiques.

Le 20 août, purgation énergique; les jours suivants, lait et potage, un cachet de rhubarbe.

Opération le 26 août 1909 (G. Rivière et A. Chalier). Incision circulaire péri-anale; fermeture en bourse de l'anus; incision longitudinale postérieure. Résection du coccyx. Libération des quatre faces. Clivage antérieur assez facile. Ouverture du péritoine. Torsion à la Gersuny (demi-tour). Fixation sérocutanée de l'intestin non ouvert. Fermeture de la plaie antérieure. Drainage de la plaie postérieure.

Section de l'intestin au-dessus de la tumeur, à 4 cm. Pas de sonde à demeure.

Examen de la pièce : volumineuse tumeur ulcérée et végétante de la paroi antérieure de l'ampoule. Histologiquement : épithélioma cylindrique. *Un ganglion sacré examiné est purement inflammatoire.*

Après des pansements quotidiens, guérison. Incontinence complète. Léger ectropion de la muqueuse anale. Le malade porte un bandage avec pelote périnéale, dont il est très satisfait. Le 25 décembre 1909, excellent état général; pas de récurrence.

Suites opératoires : extrait thébaïque pendant huit jours. Miction spontanée, impossible pendant les dix premiers jours, puis miction normale, sans cystite.

VOIE COMBINÉE

AUTEURS	NOMBRE DE CAS OPÉRÉS	MORTALITÉ OPÉRATOIRE		NOMBRE DE CAS SUIVIS	RÉCIDIVES			GUÉRISONS			OBSERVATIONS
		NOM- BRE	o/o		NOM- BRE	ANNÉES	o/o	NOM- BRE	ANNÉES	o/o	
CHALIER et PERRIN (Obs. réun.). <i>Lyon chir.</i> 1913, p. 150.	187	83	44,59	85	21	a) 15 locales de 5 mois à 6 ans ; b) 6 métastases de 2 à 3 ans.		55	11 de 2 mois à 3 ans ; 14 de 3 à 12 ans.		Out succombé à des maladies intercurrentes (dont 3 : 3, 4 et 19 ans après). Amputa- tion : anus iliaque ou péri- néal. Dans les résections continence plus ou moins par- faite, le sphincter fonctionne normalement.
HARTMANN et LECÈNE. <i>Jour. de chir.</i> 1913, p. 693 (t. ix).	24	11	45	13	1	Hépatique 18 mois après.		10	De quelques mois à 8 ans.		Deux sont morts de maladie intercur- rente sans récidive.
VUICHOD. <i>Jour. de chir.</i> 1914, p. 649.	5	2	40	2	0	0	0	2	Plus de 3 ans.		Pour le 3 ^e des survi- vants pas de nou- velles.
QUÉNU <i>Bull.</i> et <i>mém. de la Soc. de chir.</i> 1914, p. 857.	12	4	33	Aucun	2	1 an et 2 ans après.					2 récidives (renseignements obtenus par correspondance). En 1920, signale qu'une opé- rée est morte 17 ans après l'intervention d'une récidive
AUVRAY. <i>Bull.</i> et <i>mém. de la Soc. de chir.</i> de Paris 1914, p. 1048.	4	2	50	2	0	0	0	2	4 ans 1/2. 3 ans.		Abdomino-périnéale
MOCQUOT. <i>Bull. et mém.</i> de la Soc. de chir. 1920, p. 1228.	8	3	37,5	5				5			7 fois il a abaissé le bout supérieur au périnée. Aucune indication sur les récidives et la durée de guérison.
RICHARD (Th.). <i>Lyon</i> 1920-21.	13	4	30	9	6	De 6 mois à 5 ans.		3	6 ans. 7 — 15 —		Hystérectomie, puis abdomino- trans-anale. Suture circulai- re lorsque le sphincter est intact ; 2 fois accidents in- fectieux ; 4 fois fistules ster- corales. Pas de troubles uri- naires.
KÖHLER. In <i>Jour. de chir.</i> 1922, p. 665.	7	3						4			Aucun renseigne- ment ultérieur.
VILLARD (De Lyon) <i>Cong. franc. de chir.</i> 1922, p. 861.	10	3	30	7	2	18 mois après.		2	22 mois. 2 ans.		2 malades sans nouvelles ; 1 mort de la grippe 3 ans après sans récidives. Cer- tains ont des difficultés à retenir les gaz, un peu d'in- continence pendant la diar- rhée. Abdomino trans-anale avec conservation du sphinc- ter.
CHALIER (A.). <i>Cong. franc. de chir.</i> 1922, p. 863.	3	0	0	3	1	7 mois après.		2	De quelques mois.		Abdomino-périnéale avec anus iliaque définitif.
PRIÉRAM. <i>Jour. de chir.</i> 1923, p. 104.	13	12						1			6 morts par périto- nite, 4 par choc.
PHIFER (H.). <i>Jour. de chir.</i> 1923, p. 480.	15	8						7			Cas concernant des enfants et des ado- lescents.
SCHWARTZ. <i>Bull. et mém.</i> de la Soc. de chir. de Paris 1923, p. 1529.	12	3		6	1	18 mois après.		5	De 3 mois à 10 ans 1/2.		Une sans nouvelles depuis 1913. Anus iliaque définitif et médian.
SAVARIAUD. <i>Bull. et mém.</i> de la Soc. de chir. de Paris 1924, p. 79.	4	1	25	3	2	Locale 5 ans 1/2 ; Hépatique 5 ans 7 mois		1	Récente.		2 abdomino-périnéale ; 1 abdo- mino-périnéale avec conser- vation du sphincter (récente) ; 1 abdominale pure avec in- vagination.
CHATON (De BENSAÇON). <i>Bull. et mém.</i> de la Soc. de chir. 1924, p. 113.	4	0	0	4	1	7 mois après.		3	9 mois. 3 mois. 3 semaines.		Abdomino-périnéale

VOIE BASSE. — MÉTHODE PÉRINÉALE.

AUTEURS	NOMBRE DE CAS OPÉRÉS	MORTALITÉ opératoire		NOMBRE DE CAS SUIVIS	RÉCIDIVES			GUÉRISONS			OBSERVATIONS
		NOM- BRE	0/0		NOM- BRE	ANNÉES	0/0	NOM- BRE	ANNÉES	0/0	
HARTMANN (Obs. réunies) <i>Jour. de chir.</i> 1913, p. 693.	1616	257	15.8	805	515	Sans rensei- gnements sur leur date.	64		Sans rensei- gnements sur leur date.		Cette statistique se rapporte à la pério- de antérieure à 1913.
HARTMANN (Obs. person.) <i>Jour. de chir.</i> 1913, p. 693.	49	7	14	20	10	a) 7 loc. d. letis. cell. de 1 à 5 ans. b) 3 métastases de 2 ans 1/2 à 8 ans.	50	10	9 de 15 mois à 3 ans.		1 vieillard mort d'infection urinaire 18 mois après, sans récidive. — 1 noter parmi les métastases une cérébrale.
VIUCHOUD, <i>Jour. de chir.</i> 1914, t. XII, p. 649.	15	1	6.6	7	0	0	0	7	plus de 3 ans.		Les opérés de Roux (de Lau- saune) : a) 13 opérations périnéales; b) 1 opération par le procédé de Kocher, c) 1 opération par la voie para-sacée.
QUÉNU, <i>Bull.</i> et mém. de la Soc. de chir. de Paris 1914, p. 857.	36	5	8	31	1	locale 3 mois après.		8	7 de 4 à 6 ans.		1 mort d'une affection étran- gère à son rectum 14 ans après. Sur 5 morts, 2 ne sont pas imputables à l'opé- ration (Quénu), 3 décès opé- ratoires. D'autres guéris et suivis depuis 15, 18 mois et 2 ans. En 1920, il a revu sans récidive 3 malades, 10, 14 et 16 ans après l'intér- vention. Les malades s'acco- modent fort bien de leur anus périméal. « Le malade n'a aucune incontinence mé- me si les matières sont li- quides. » (Quénu.)
BAUDET, <i>Bull.</i> et mém. de la Soc. de chir. de Paris 1914, p. 1062.	7	2		4	0	0	0	2	de 4 à 5 ans.		2 morts, 2 ans après l'intervention, sans récidive. 1 malade n'est pas revu. Cas avancés (adherents).
DESMAREST, <i>Presse méd.</i> 1918, p. 180.	21	4	14	17	2	Dans le tis- su périrec- tal de 1 à 2 ans.		15	de quelques mois 3 ans après.		Un mort par congestion pul- monaire. Sur 15 guéris 4 re- trécis, dont 1 guéri par simple dilatat. Dans 11 cas le sphincter fonctionne nor- malement pour les matières solides; les matières liqui- des sont moins facilement retenues (diarrh.) L'anneau musculaire serre le doigt. Résistent au besoin d'aller à la selle.
MOCQUOT, <i>Bull. et mém.</i> de la Soc. de chir. de Paris 1920, p. 1228.	3	0	0	3	0	0	0	3			Aucun renseigne- ment ultérieur.
SIEUR, <i>Bull.</i> et mém. de la Soc. de chir. de Paris 1920, p. 1235.	2	0	0	2	0	0	0	2	de plus de 12 ans.		« Le dernier m'a signalé que, 10 minutes avant d'aller à selle, il éprouvait une sen- sation particulière qui l'in- citait à prendre des dispo- sitions en conséquence. »
DUVERGEY, <i>Gaz. heb-d.</i> des Sc. méd. de Bordeaux 1921, p. 241.	11	0	0	11	0	0	0	11	1 de 6 mois, 1 de 16 mois, 8 de 4 ans.		1 mort subitement 3 mois après. Sur 10 guéris 5 ont le sphincter très continet; 1 ont conservé l'anus ilia- que et 1 son anus périméal incontinet. 8 opérés ont les érections incomplètes.
PRIBRAM, in <i>Jour. de chir.</i> 1923, t. XXI, p. 104.	27	2	4	25	0			25			6 amputations avec anus pé- riméal donnant 1 décès, 21 par le procédé d'invagina- tion de Hockeneegg avec 1 mort. Pas d'autres ren- seignements.
SAVARIAUD, <i>Bull. et mém.</i> de la Soc. de chir. de Paris 1924, p. 79.	10	0	0	9	1	abdominale 15 ans après.	8	8	de quelques mois à 12 ans 1/2.		3 opérat. périnéales. 7 opé- rat. périnéales avec conser- vat. du sphincter. 1 perdu de vue. L'anus se contracte sous l'influence de la volonté
KOCHER.	9	0	0	9	0	0	0	9			Cité par Savariaud, <i>Bull.</i> et mém. de la Soc. de chir., 1924, p. 79.
DESJARDINS.	4	1		3	0	0	0	3			Cité par Savariaud, <i>Bull.</i> et mém. de la Soc. de chir., 1924, p. 79.
GUYOT, <i>juill. 1924</i> (3 inéd. 4 ^e p. 38).	4	1		3	0	0	0	3	3 ans, 2 ans, 17 mois.		4 périnéales. 1 décès par cellulite pelvienne.

CHAPITRE VII

Analyse de résultats

Nous avons cru bon d'exposer tout d'abord les statistiques et les observations, afin de pouvoir faire un parallèle entre les deux méthodes radicales actuelles en ce qui concerne leurs indications respectives. Ce n'est que d'après les résultats obtenus dans un grand nombre de cas soigneusement étudiés et suivis que l'on peut se faire une opinion solidement basée sur la valeur d'une technique opératoire. En effet, on juge mieux de la supériorité d'une méthode sur l'autre quand on voit les résultats que chacune d'elles donne entre les mains d'un même chirurgien.

Tout d'abord, si nous comparons les *résultats immédiats* de ces statistiques, nous voyons qu'il existe une grande différence de mortalité entre la voie combinée et la voie basse. D'ailleurs, c'est l'opinion de tous les chirurgiens. L'infection est la principale cause de la mortalité opératoire : Czerny donne 75 p. 100. Pour l'éviter, il faut pratiquer l'hémostase avec le plus grand soin au cours de l'opération, en saisissant systématiquement tous les vaisseaux; on devra, en outre, réduire les résections osseuses à leur minimum, pour éviter de laisser des vaisseaux béants, voies de propagation du cancer.

D'une façon générale, la mortalité est notablement plus élevée dans la résection que dans l'amputation du rectum. Cela est dû à ce que les sutures tiennent souvent mal; si elles tiennent, elles créent un rétrécissement, d'où résulte une rétention septique, qui peut infecter la plaie et provoquer ainsi une péritonite. Martin du Pan donne 15.2 p. 100 de mortalité opé-

ratoire pour l'amputation, 33.3 p. 100 pour la résection; Czerny 14 p. 100 pour l'amputation, 26 p. 100 pour la résection. D'autre part, Chalié trouve que la mortalité opératoire dans la voie combinée est égale à 43 p. 100, soit pour l'amputation soit pour la résection. Mais si nous consultons la statistique de Richard nous voyons que, sur 13 opérés, il y a eu 4 morts, puis deux fois des accidents infectieux et quatre fois des fistules stercorales. Il en résulte donc que la résection, même dans la voie combinée, est plus grave que l'amputation.

Les chirurgiens s'accordent à constater que la voie combinée est moins meurtrière chez la femme que chez l'homme.

Chez la femme les dispositions anatomiques du plancher pelvien permettent l'abord facile du rectum; la dissection peut rester éloignée de la face antérieure de l'organe, l'abaissement est plus aisé, et on a grande chance de conserver la vascularisation suffisante du méso qui est toujours plus large et plus souple et se prête mieux à la traction (Tixier).

Les résultats éloignés de la voie basse sont-ils inférieurs à ceux que donne la voie combinée ? Nous ne le croyons pas.

Contrairement à l'opinion de certains auteurs (Hartmann, Miles, Schwartz), la voie périnéale faite suivant la technique élargie, donne, à moins de frais, des résultats éloignés excellents. Quénu, en 1920, cite des survies de 10, 14 et 16 ans; Kocher de 6, 10 ans; Pauchet de 11, 17 ans; Sieur de plus de 12 ans; Schwartz lui-même de 10 ans. Savariaud, en 1924, note des survies de 12, 15 ans. Ces chiffres ne prouvent-ils pas la valeur de la voie basse ?

Pourquoi donc les adversaires veulent-ils remplacer la voie périnéale par la voie combinée pour toutes les localisations du cancer ?

Ils disent qu'avec la voie périnéale on ne peut pas extirper les ganglions échelonnés sur le trajet de la bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure, et que par conséquent les récurrences doivent être plus fréquentes. Même si nous nous basons sur l'étude approfondie de Mondor sur les adénopathies du rectum cancéreux, dont nous avons déjà parlé, l'engorgement

de ces ganglions n'implique pas la nature néoplasique. En effet, il dit que dans 43 p. 100 des cas ces ganglions sont purement inflammatoires, syphilitiques ou bacillaires.

D'autre part le néoplasme évolue d'une façon lente, n'ayant que peu de tendance à la généralisation. Il est bien rare, d'ailleurs, qu'au cours des interventions, même si le cancer est déjà avancé, de trouver les ganglions du méso-rectum envahis. D'après Quénu, le premier relais ganglionnaire envahi serait présacré et peut être enlevé en bloc par la voie périnéale.

Quant aux récidives, elles se font toujours dans le tissu cellulaire périrectal, bien rarement sur la muqueuse elle-même. Ainsi S. Edwards constate, sur 30 récidives, que toutes occupent la tranche rectale. Hasseler ayant étudié la prédilection du siège des récidives conclut que « 52 p. 100 des cas opérés meurent ultérieurement de récidive locale de leur cancer ».

La voie combinée est-elle exempte de récidives? A-t-on la prétention, par la voie combinée, d'enlever tous les ganglions susceptibles de recevoir une colonisation à point de départ rectal? Et faut-il aussi dans les cancers bas de l'ampoule enlever les ganglions inguinaux, cruraux, de chaque côté, sous prétexte qu'ils peuvent être envahis sans qu'on s'en doute? Mais, Lisfranc dit : « Une fois que le cancer existe, sur quelque tissu qu'il siège, on n'est jamais sûr qu'après l'avoir enlevé il ne récidivera pas. »

Si nous analysons les résultats éloignés de la *voie combinée* (1), nous remarquons que Chalié, sur 85 cas suivis, trouve 21 récidives (15 locales et 6 métastases hépatiques); Hartmann a une récidive hépatique; Quénu trois récidives de 1, 3 et 17 ans; Savariaud une récidive locale de 6 ans, l'autre de 5 ans 1/2 sur quatre opérés; Schwartz en a aussi, Chalié, Châton.

Prenons la statistique de la *voie basse*. Hartmann, sur 20 cas suivis, donne 10 récidives de 1 à 8 ans, 10 bien portants de 18 mois à 8 ans. Parmi ces récidives il faut noter deux métastases au foie et une cérébrale. La voie combinée aurait-elle empêché ces récidives? Certainement non.

(1) Voir tableau p. 63.

Mais la statistique de Quénu que donne-t-elle? Nous y remarquons une récurrence locale 18 mois après. De longues survies sont incontestables de 10, 14 et 16 ans.

La statistique de M. Duvergey ne donne aucune récurrence, aucun accident mortel. Pourtant il a opéré sept cancers sus-ampullaires. Sur 11 opérés : 8 bien portants 4 ans après l'opération, 1 de 18 mois, et l'autre de 6 mois. Un est mort subitement.

Enfin, Savariaud, sur 10 opérés, n'a eu aucun décès. Il note une récurrence abdominale 15 ans après :

Un autre argument, que les adversaires donnent en faveur de la voie combinée, c'est qu'elle évite l'anus périnéal, l'infirmité répugnante pour les malades. Cela est vrai pour le premier temps, et tout particulièrement au moment de la diarrhée. Mais les fonctions se régularisent, l'intestin, quoique privé de son sphincter, regagne peu à peu sa tonicité normale, et il s'établit chez les opérés une continence relativement parfaite. Quénu, en 1920, dit que chez un de ses opérés l'intestin est parvenu même à retenir les matières liquides. L'opéré de Sieur, 10 minutes avant d'aller à la selle, ressent une sensation particulière l'avertissant à prendre les mesures en conséquence. On sait, d'après l'expérience de Lieblein (1), que le degré de continence dépend autant de la sensibilité de la muqueuse rectale, que de l'intégrité anatomique du sphincter. Ainsi un malade n'ayant pas de sphincter, mais possédant une muqueuse saine, est moins incommodé que celui qui a un sphincter normal, et dont la muqueuse rectale a perdu la sensibilité.

Un anus artificiel, même peu continent, situé le plus près possible du siège de l'anus normal, donne au malade l'illusion d'une guérison définitive; un anus situé, au contraire, dans une région très apparente, la fosse iliaque, par exemple, rappelle à l'opéré, chaque fois qu'il se déshabille, la terrible maladie dont il est atteint, et le pousse à l'hypochondrie et même au suicide. Tel est le cas d'un opéré de Böckel, qui se

(1) Martin du Pan, *Revue de chirurgie*, 1906, p. 274.

suicide à cause de son anus artificiel; de même ce capitaine opéré par Savariaud, qui, pendant 6 ans 1/2, jusqu'à sa mort, passait ses jours à maugréer contre son anus artificiel.

En résumé, la voie périnéale donne les meilleurs résultats immédiats.

Quant aux résultats éloignés, des longues survies, elle en revendique un grand nombre, qui n'est pas inférieur à celui que totalise la méthode combinée.

Les récidives, à notre avis, sont moins fréquentes par la voie périnéale.

La voie basse obtient un anus artificiel le plus près possible de son siège normal, dont l'influence morale est d'une importance capitale.

On peut attribuer en partie les bons résultats éloignés de la voie basse à ce que les malades se laissent plus facilement opérer, car ils ne sont pas découragés par la perspective peu agréable d'un anus iliaque définitif. En effet, les malades se sentant encore bien portants n'acceptent pas cette infirmité de l'anus iliaque définitif, et s'en vont; et ce n'est qu'à la dernière limite qu'ils acceptent l'intervention.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence du cancer du rectum pose trop souvent au chirurgien ce problème thérapeutique. Nous avons cherché dans ce travail, après avoir étudié rapidement l'anatomie pathologique, à mettre au point, sans idée préconçue, les différentes techniques et à indiquer celle qui doit être préférée.

II. — De l'étude de l'anatomie pathologique, il résulte que le siège du cancer n'entraîne que rarement des objections techniques ; en effet, le plus souvent, le cancer est ampullaire, donc extirpable aussi bien par la voie périnéale que par la voie abdominale ; les ganglions, même hypertrophiés, ne sont que tardivement envahis par le néoplasme ; l'exploration à la Quénu permet de se rendre compte de l'envahissement des ganglions supérieurs, d'ailleurs derniers envahis ; les chaînes ganglionnaires sacrées prises plus tôt sont extirpables par la voie périnéale.

III. — La voie sacrée de Kraske est abandonnée.

IV. — Les opérations par les voies naturelles (Hartmann, Villard) ne sont applicables qu'aux cancers très limités, au début.

V. — La voie abdomino-périnéale est formellement indiquée dans les cancers haut placés, discutable dans les formes basses.

VI. — La voie périnéale basse, dont les indications sont très étendues, sera pratiquée suivant la technique que nous avons décrite.

La mortalité opératoire atteint une moyenne de 30 à 40 p. 100 dans la voie abdomino-périnéale; elle n'est que de 6 à 10 p. 100 dans la voie périnéale.

Les récidives, d'après les statistiques étudiées, sont un peu plus fréquentes dans les abdomino-périnéales qui, il est vrai, s'adressent à des cas plus graves.

La voie périnéale a donné des survies considérables (jusqu'à 16-17 ans).

Dans ces conditions, nous tenons qu'en présence d'un cancer du rectum, l'extirpation par la voie périnéale doit être, chaque fois qu'elle est possible, préférée.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président

C. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 17 juillet 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Cure idéale du cancer du haut du rectum et de la partie supérieure de l'anse sigmoïde chez la femme. *Lyon médical*, 1912, p. 1216.
- ANTOINE (E.). — Le cancer du rectum (revue générale). *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1920, p. 901 ; 993.
- AUBERT (H.). — Traitement des cancers du rectum par la voie sacrée. Thèse de Paris, 1889-1890.
- AUVRAY. — Sur le traitement du cancer du rectum (à propos de la communication de A. Schwartz). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1244.
- BACK (I.). — Carcinoma of rectum. The choice operation. *Lancet*, Lond., 1919, p. 421.
- BENSAUDE et CAIN. — Les indications, la technique et l'interprétation de la biopsie dans les tumeurs du rectum. *Journal de chirurgie*, 1921, p. 211.
- BERGER (P.). — Extirpation du rectum et d'une grande partie de l'anse sigmoïde par la voie abdomino-périnéale. *Congrès français de chirurgie*, 1897, p. 586.
- BÉRARD et CHALIER. — Guérison d'un cancer il y a quatorze ans. *Lyon médical*, 1921, p. 591.
- BOBIN (Albert). — Le cancer chez les diabétiques. *Presse médicale*, 1917, p. 216.
- BOECKEL (J.) (de Strasbourg). — Résultats éloignés de l'extirpation du rectum et de l'S iliaque. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, p. 1059.
- CHALIER (A.). — Le traitement chirurgical du cancer du rectum. Technique. Résultats. Indications. Thèse de Lyon, 1909-1910.

- CHALIER (A.). — Amputation abdomino-transanale du rectum avec conservation du sphincter chez la femme. *Congrès français de chirurgie*, 1922, p. 868.
- CHALIER et PERRIN. — Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée du cancer du rectum. *Lyon chirurgical*, 1913, p. 150; 274.
- CHATON (de Besançon). — Amputation abdomino-périnéale du rectum (rapport Okinczye). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1924, p. 113.
- CHAUVIN (E.). — Un point de technique pour l'extirpation du rectum cancéreux. *Montpellier médical*, 1920, p. 54.
- CHAVANNAZ (G.). — A propos de l'anús iliaque dans le cancer inopérable du rectum. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1922, p. 631.
- CLÉMENT (Léon). — Cancer du rectum extirpé par la voie périnéale. Incontinence évitée grâce au prolapsus génital consécutif. *Marseille médical*, 1914, p. 388.
- CUNÉO (B.). — Ablation du cancer du rectum. *Journal de chirurgie*, 1908, p. 433.
- Sur un détail de technique dans l'extirpation abdomino-périnéale du rectum. *Journal de chirurgie*, 1914, p. 261.
- Sur l'extirpation du cancer du rectum à propos de la communication de A. Schwartz. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1226.
- CZERNY (Heidelberg). — Therapie der Krebsigen stricturen des Oesophagus, des Pylorus und rectum. In *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, 1897, p. 934.
- DELBET (P.). — Résection abdomino-périnéale du rectum pour un épithélioma. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1915, p. 2152.
- DEMLUN. — De l'extirpation du cancer du rectum par les voies naturelles. Thèse de Bordeaux, 1911-1912.
- DEPAGE (de Bruxelles). — Sur les résultats éloignés de la résection du rectum en cas de cancer. *Congrès français de chirurgie*, 1904, p. 335.
- DJELEPTCHIEFF (S.). — Contribution à l'étude de l'extirpation du

cancer du rectum par les méthodes périnéales. Thèse de Toulouse, 1906-1907.

DESMAREST. — L'ablation des cancers du rectum par la voie coccy-périnéale. *Presse médicale*, 1918, p. 180.

DUVAL (P.). — Sur l'extirpation du cancer du rectum chez la femme (à propos de la communication de Schwartz). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1232.

DUVERGEY. — Onze cas de néoplasmes du rectum traités et guéris par l'opération de Cunéo. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, 1921, p. 241.

FAURE (J.-L.). — Sur l'extirpation du cancer du rectum chez la femme (communication de Schwartz). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1230.

FINET. — De la valeur curative et palliative de l'exérèse dans le cancer du rectum. Thèse de Paris, 1895-1896.

FORGUE et MILHAUD. — La circulation du segment sigmoïdo-rectal. La valeur réelle du point de Südeck. *Revue de chirurgie*, 1923, p. 61.

GAUDIER (de Lille). — Traitement du cancer du rectum. Nouveau procédé opératoire d'extirpation totale abdomino-périnéale. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, 1897, p. 854.

GIRARD (de Genève). — Des soins anté et post-opératoires en chirurgie abdominale. *Congrès français de chirurgie*, 1909, p. 570.

GOUILLOUD et FAYSSÉ. — De l'amputation abdomino-périnéale du cancer du rectum. *Revue de chirurgie*, 1905, p. 711.

GROSS (F.). — De l'extirpation du cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1908, p. 718.

GUIBÉ (M.). — Extirpation périnéale du rectum. In *Chirurgie de l'abdomen*, 1904, p. 133.

GUYOT (J.). — Cancer pédiculé de la face postérieure du rectum avec état cachectique; extirpation; guérison. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1903, p. 759.

GUYOT et DARAIGNEZ. — Épithélioma du rectum enlevé par la voie
Dimitriyévitsh. 5

- périnéale. Résultat opératoire. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1923, p. 319.
- HARTMANN. — Traitement opératoire direct du cancer du rectum. *Journal de chirurgie*, 1913, p. 693, t. I.
- Sur le traitement du cancer du rectum (à propos de la communication de Schwartz). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1923.
- HASSELER. — Contribution à l'étude des récidives dans le cancer du rectum. Thèse de Lyon, 1913-1914.
- HEYDENREICH (A.). — De la voie vaginale dans la résection du rectum. *Congrès français de chirurgie*, 1897, p. 625.
- JOUILLARD (de Genève). — De l'utilité de l'anus contre nature dans le traitement du cancer du rectum. *Congrès français de chirurgie*, 1897, p. 578.
- KÜMELL (Hambourg). — Extirpation du rectum avec conservation du sphincter sans résection osseuse. *Zentralblatt. für chir.*, t. LI, 1924; in *Journal de chirurgie*, 1924, p. 419.
- KUMMER (de Genève). — Sur la torsion de l'intestin après la section du rectum (procédé de Gersuny). *Archives provinciales de chirurgie de Paris*, 1897, p. 195.
- LAGOUTTE. — Cancer du haut du rectum; opération par la voie combinée (abdomino-vaginale avec conservation du sphincter). *Lyon chirurgical*, 1914, p. 103.
- LARDENOIS (G.). — De l'extirpation du cancer du rectum chez la femme par la voie abdomino-périnéale. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1325.
- LE DENTU et DEBRET. — Traitement du cancer du rectum. *Traité de chirurgie*, t. XXVII.
- LISFRANC. — *Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Pitié de Paris*, 1841, vol. I.
- MARION (G.). — *Technique chirurgicale*, 4^e édition, 1917, t. II, p. 643.
- MARTIN DU PAN. — Contribution à l'étude du cancer du rectum. Son traitement. Résultats obtenus à la clinique chirurgicale de l'Université de Berne et à la clinique du professeur Rocher. *Revue de chirurgie*, 1906, pp. 135, 258, 404, 489.
- MILES (E.). — L'opération abdomino-périnéale dans le cancer du rectum. In *Journal de chirurgie*, 1910, p. 141.

- MOCQUOT. — Sur l'extirpation du cancer du rectum chez la femme (communication de Schwartz). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1228.
- MONDOR (H.). — Contribution à l'étude du cancer du rectum. Thèse de Paris, 1914-1915.
- MORESTIN (H.). — Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Thèse de Paris, 1893-1894.
- OKINCZYC. — Sur l'extirpation du cancer du rectum chez la femme (à propos de la communication de Schwartz). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1920, p. 1229.
- Traitement du cancer du rectum. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1923.
- PAUCHET (V.). — Signes et traitement du cancer du rectum. *Presse médicale*, 1920, p. 705.
- *La pratique chirurgicale illustrée*, 1924, fasc. I et II.
- PHIFER (H.). — Cancer du rectum et du côlon sigmoïde chez l'enfant et l'adolescent. In *Journal de chirurgie*, 1923, p. 480.
- PIÉRI. — Amputation périnéale du rectum. *Marseille médical*, 1914, p. 394.
- POLLOSSON (Maurice) (de Lyon). — De l'anus iliaque préliminaire dans le traitement du cancer du rectum. *Congrès français de chirurgie*, 1897.
- PRIBRAM (E.-E.) (de Leipzig). — Du traitement du cancer du rectum. *Archiv für klinische chir.*, 1922, vol. CXX, fasc. I, p. 1-34; in *Journal de chirurgie*, 1923, p. 104.
- QUÉNU (E.). — L'extirpation du rectum cancéreux. *Presse médicale*, 1895, p. 449.
- QUÉNU et HARTMANN. — Indications opératoires et traitement du cancer du rectum (rapport). *Congrès français de chirurgie*, 1897, p. 521.
- *Chirurgie du rectum*, 1899, t. II.
- Cancer du rectum opéré par la méthode abdomino-périnéale de Schwartz (rapport écrit). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1914, p. 836.
- Sur l'extirpation du cancer du rectum chez la femme (à propos de la communication de Schwartz). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1910, p. 1216.

- RAYMOND. — De l'extirpation des tumeurs. Thèse de Paris, 1869-1870.
- RICHARD. — Résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux chez la femme après hystérectomie abdominale totale. Thèse de Lyon, 1920-1921.
- ROUSSEL (G.). — L'amputation du rectum cancéreux par la voie transvaginale. Thèse de Paris, 1911-1912.
- SAVARIAUD. — Nouveau procédé d'amputation du rectum avec conservation du sphincter. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1912, p. 1238.
- Sur l'extirpation du rectum cancéreux (à propos de la communication de Schwartz). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1300.
- Traitement du cancer du rectum. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1924, p. 79.
- SCHWARTZ. — Cancer du rectum opéré par la voie abdomino-périnéale. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1913, p. 1068.
- Cancer du rectum opéré par la voie abdomino-périnéale. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1169.
- Cancer du rectum opéré par la voie abdomino-périnéale. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1923, p. 1529.
- SIEUR (de Lyon). — Des opérations pratiquées par la voie sacrée. *Archives provinciales de chirurgie*, 1896, p. 317, 445, 508.
- Sur l'extirpation du cancer du rectum (à propos de la communication de Schwartz). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1235.
- TIXIER. — Gros cancer ampullaire du rectum. Entérectomie par la voie abdominale et entérorraphie termino-terminale rendue possible par l'hystérectomie abdominale totale préalable. Conservation du sphincter. Résultats anatomiques et fonctionnels parfaits. *Lyon chirurgical*, 1919, p. 417-419.
- TUTTLE. — Cancer du rectum : étude critique d'une centaine d'opérations pour tumeurs malignes du rectum et de l'anse sig-

moïde. *New-York med. Journ.*, 1908, p. 433; in *Journal de chirurgie*, 1908, p. 984.

VERNEUIL. — Résection du coccyx pour faciliter la formation d'un anus périnéal dans les imperforations du rectum. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1873, p. 288.

VILLARD (de Lyon). — Extirpation abdomino-transanale du rectum avec conservation du sphincter. *Congrès français de chirurgie*, 1922, p. 681.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I. — Introduction.....	9
II. — Historique.....	12
III. — Aperçu d'anatomie pathologique.....	17
IV. — Soins pré-opératoires.....	20
V. — Méthodes opératoires.....	23
<i>a)</i> Les opérations par les voies naturelles.....	23
<i>b)</i> Les opérations par la voie sacrée.....	24
<i>c)</i> Les opérations par la voie vaginale.....	25
<i>d)</i> Les opérations par la voie combinée.....	26
<i>e)</i> Méthode périnéale.....	28
VI. — Soins post-opératoires.....	35
VII. — Observations.....	38
VIII. — Tableau statistique de la voie combinée.....	53
IX. — Tableau statistique de la voie périnéale.....	54
X. — Analyse des résultats.....	55
XI. — Conclusions.....	61
XII. — Bibliographie.....	63

